

PLAN ASISTENCIAL TUMORES PULMONARES



UGC Cirugía Torácica y Trasplante
Pulmonar

Hospital Universitario Reina Sofía

Julio 2023; revisión julio2025

Dr. J. Algar Algar

Dr. A. Álvarez Kindelán

Dr. C. Baamonde Laborda

Dr. F. Cerezo Madueño

Dr. J. González García

Dra. Paula Moreno Casado

Dña. Sara Requejo Arranz

Dña. Araceli Rodríguez Mangas

Dr. A. Salvatierra Velázquez

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Avda. Menéndez Pidal s/n

UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar

Teléfonos: secretaría 957 010 445; consulta 957010218

Fax 957 736 029

ctoracica.hrs.sspa@juntadeandalucia.es



INFORMACIÓN GENERAL

Los miembros de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar le damos la bienvenida y le deseamos una pronta recuperación.

El objetivo del presente documento es ofrecerle información sobre su proceso asistencial, con el fin de que conozca en todo momento las acciones programadas en cada fase en la que se encuentre del mismo.

Este documento no sustituye a la información que le puede ofrecer el personal de la unidad. Cualquier duda o aclaración que necesite le será resuelta por el personal de enfermería de la unidad o por sus médicos en la consulta o durante la visita diaria.

Esta guía es de orientación general, por lo que se podrá ver afectada tanto por la personalización que esta unidad hace en su asistencia, como por el devenir clínico y sus sugerencias o preferencias.

Es importante que usted y los familiares y allegados que habitualmente le vayan a acompañar lean atentamente este documento y sigan las recomendaciones que se le hacen. Ello redundará en beneficio de todos, pero especialmente en el suyo y en su mejor y más pronta recuperación. En nuestra página web www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/ puede encontrar información adicional sobre otros temas relacionados con la cirugía, con nuestra Unidad y nuestro personal, así como información general sobre temas de interés. Por favor: **no se olvide de rellenar las últimas páginas de este documento: "REGISTRO DE VOLUNTADES Y PREFERENCIAS DEL USUARIO" Y "HOJA DE CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO HABITUAL"**

INFORMACIÓN SOBRE LA CONSULTA PREOPERATORIA

La consulta preoperatoria tiene como fin la entrada en el proceso asistencial en la Unidad. Supone la primera toma de contacto de usted -y los allegados que usted desee que lo acompañen- con los profesionales que le van a ayudar y a atender en todo el proceso.

Durante la consulta, el Cirujano Torácico revisará toda la documentación clínica sobre su proceso. Le propondrá la actuación que crea más pertinente, de acuerdo con los beneficios esperados y los riesgos inherentes, teniendo en cuenta, no solo la prolongación de expectativa vital, sino también la mejora de la calidad de vida, así como las posibles alternativas diagnósticas o terapéuticas.

También le informará sobre los detalles del eventual ingreso, su estancia hospitalaria y el período postoperatorio.

En el mismo acto, se le pedirá consentimiento para la entrada en la lista de espera, si el estudio clínico está completo, o bien se le solicitarán aquellas pruebas diagnósticas necesarias para completar el protocolo clínico.

Al finalizar la consulta le entregará un informe clínico y un documento de consentimiento informado que expresa lo que verbalmente el cirujano le ha explicado, por si considera pertinente firmarlo y traerlo consigo el día del ingreso hospitalario. Así mismo, se le proporcionará una tarjeta con los datos de contacto de la unidad, por si en cualquier momento le surgiera alguna duda.

Esta consulta puede ser presencial (Edificio de Consultas Externas nivel 1 Consulta nº 1 de Cirugía Torácica) o telefónica. En ambos casos la sistemática es idéntica.

INGRESO HOSPITALARIO

Su ingreso hospitalario será normalmente programado. Recibirá unos días antes una llamada telefónica desde la Secretaría de la unidad. En dicha llamada se le informará sobre el día y hora de su ingreso y sobre cualquier otra circunstancia necesaria para la seguridad de su intervención, como por ejemplo la suspensión de algún tratamiento que interfiera con la misma.

El día del ingreso acudirá a la Planta de Hospitalización -3º planta, módulo B, Hospital General-, a la hora que le indique la secretaria de la Unidad. En caso de no haber camas disponibles, su ingreso se realizará en otra unidad.

A la llegada a la Unidad de Hospitalización el personal de enfermería (Enfermera y Auxiliar de Enfermería) le darán la bienvenida, le conducirán a su habitación y, tras realizar la valoración de enfermería, se pondrán a su disposición para las dudas o necesidades que le puedan surgir.

El Cirujano Torácico le visitará, le dará la bienvenida, actualizará brevemente la historia clínica mediante una pequeña entrevista y se pondrá a su disposición para resolverle cualquier duda. Así mismo, le indicará la hora aproximada de su intervención y solicitará su colaboración para que tome las medidas oportunas, con el fin de hacer su cirugía más segura.

Habitualmente se le pedirá que se depile la zona quirúrgica al menos tres días antes de la intervención. Es mejor que se duche y lave el pelo antes de venir al hospital; no obstante, en la unidad se le facilitará un jabón antiséptico para que se duche inmediatamente antes de ir a quirófano, con el fin de disminuir las probabilidades de infección de la herida quirúrgica.

Si ingresa el día antes de la intervención, por la noche se le ofrecerá una cena ligera y le administrarán un tranquilizante para que pueda descansar. No obstante, si vive relativamente cerca del hospital, lo normal es que ingrese el mismo día de la intervención, para su mayor comodidad y también con el fin de disminuir las posibilidades de infección.

Desde las 24.00h del día previo a la intervención deberá permanecer en dieta absoluta. Si necesita medicación se le administrará con un sorbo de agua.

Es importante no tomar ninguna medicación sin consultar con la enfermera de la unidad. En el hospital se le facilitará toda la medicación que precise.

Su intervención puede ser desprogramada, debido a que ésta es la única unidad de Andalucía que realiza Trasplante de Pulmón y de Corazón-pulmón. Si surgiese algún donante, dado que no puede aplazarse el trasplante, se suspenderían las intervenciones programadas. En ese caso se le avisará lo antes posible y se le programará para el primer día de quirófano disponible. Es importante que sepa que, en ocasiones, surgen complicaciones con otros pacientes, o pueden llegar enfermos graves que precisan ser intervenidos de urgencia. En esos casos, a veces, hay que suspender una intervención menos urgente, que podría ser la suya. Otros motivos para suspender su operación pueden ser la falta de sangre para transfundirle en caso de que la necesitara, o la no disponibilidad de una cama libre en Reanimación, así como problemas técnicos o mecánicos en el quirófano (dado el complicado aparataje que se precisa). Si esto ocurriese, disculpe las molestias que ello le pudiera ocasionar y comprenda que es por el bien de otra persona y que por usted se haría lo mismo.

EL DÍA DE LA OPERACIÓN

Todos sus objetos personales (anillos, reloj, cadenas, objetos metálicos, etc.), así como prótesis (dentadura, audífonos u otras) quedarán en su habitación o a cargo de sus familiares y/o allegados. Desde su habitación será trasladado a los Quirófanos de Cirugía Torácica situados en la primera planta del Hospital Reina Sofía. Allí será recibido por profesionales de Enfermería y Anestesiología.

LA OPERACIÓN

Antes de dormirle, es habitual que el anestesista le coloque un catéter en la espalda para poder administrarle calmantes y hacerle más llevadero el dolor tras la intervención.

La duración de la intervención es variable, pero, en términos generales suele durar unas tres horas. A veces, aunque la intervención se programe para realizarla sin abrir el tórax (por toracoscopia) es necesario realizar una apertura más o menos amplia, debido a la situación clínica de su proceso y siempre buscando la máxima eficacia y seguridad.

Brevemente, y tras efectuar una serie de comprobaciones imprescindibles para su seguridad, la intervención consistirá en aplicarle una anestesia general, explorar la cavidad torácica –bien por toracoscopia, introduciendo en la cavidad torácica una óptica por un pequeño orificio entre las costillas, o por una incisión, más o menos amplia, entre las costillas-, localizar y evaluar la extensión del tumor, y proceder, si es factible, a reseca la parte de pulmón afecta y los ganglios linfáticos del mediastino; se implantan uno o varios drenajes, se cierra la herida y se inicia el despertar.

EL DESPERTAR

Normalmente se suele despertar en el mismo quirófano, si bien no es instantáneo y recuperará conciencia poco a poco. Además, notará en la boca un tubo que es el que le ayuda a respirar mientras recupera la conciencia y tiene fuerzas para tomar aire por sí mismo. Aunque es una sensación molesta, es importante no intentar quitárselo ni luchar contra el respirador artificial, sino colaborar con el anestesista para que puedan quitárselo cuanto antes. A veces, por motivos clínicos, el despertar se retrasa hasta su llegada a reanimación o a UCI. Además, puede notar la existencia de drenajes en el tórax.

EL POSTOPERATORIO

Al acabar la operación, será trasladado a la Unidad de Cuidados intensivos o a Reanimación, situadas ambas en la primera planta, junto a los quirófanos. Allí entrará todavía adormilado. Debe estar tranquilo, pues estará en todo momento vigilado por personal especialista en Reanimación y en Cuidados Intensivos.

Sus familiares autorizados serán informados por el Cirujano Torácico de los detalles de la intervención y, posteriormente, serán los anesestesiólogos o intensivistas -de Reanimación o UCI, respectivamente- los que les irán informando de su evolución.

Tanto en Reanimación como en la UCI podrá ser visitado en el horario establecido por dichas unidades. Si presentara algún problema grave, se les comunicará a sus familiares de forma inmediata por teléfono, por lo que no es necesario que se queden en el Hospital.

La sensación de sed puede ser intensa durante las primeras horas. El personal que le cuida le mojará los labios o le dará pequeños sorbos hasta que pueda beber normalmente.

También son muy frecuentes las molestias o el dolor en la herida, debido a la propia cirugía y al encamamiento, por lo que le administrarán calmantes. Si nota dolor, comuníquelo.

En Reanimación permanecerá durante 24 horas si no surgen complicaciones. En UCI, el tiempo de permanencia es más variable, siendo la media aproximadamente de 3 días.

EL POSTOPERATORIO EN LA PLANTA

Si no surgen complicaciones, será trasladado a la unidad de hospitalización en cuanto su estado clínico lo permita, donde permanecerá recuperándose, ayudado por el personal y por su familia y allegados. Tan pronto como esté bien y no precise atención hospitalaria será dado de alta –generalmente entre los 4 y 7 días tras la intervención-, puesto que el mejor lugar para su recuperación es su casa (en el hospital el riesgo de infecciones es alto).

INFORMACIÓN MÉDICA

La visita médica se realiza de todos los días entre las 10.00h-13.00h, aproximadamente. La información a los familiares se proporcionará habitualmente tras la visita médica. Su médico responsable y/o el médico que le haya visto ese día informarán sobre su situación clínica o los cambios en su evolución. El familiar que recibe dicha información deberá estar expresamente autorizado por usted para recibirla.

Es deseable que todas las personas que estén autorizadas a recibir dicha información estén presentes durante la explicación, con el fin de evitar pérdidas de la información, errores en la transcripción, repeticiones diarias, etc.

VISITAS

La gravedad de los problemas derivados de la cirugía torácica, fundamentalmente las infecciones, hacen que debamos ser estrictos en nuestras recomendaciones:

- Debería haber un acompañante por enfermo (en caso de que ello sea aconsejable por su situación). No es bueno ocupar las habitaciones con más de dos visitas a la vez por paciente.
- Los familiares o allegados con procesos respiratorios (gripe, resfriados, etc.) no deberían visitarlo o hacerlo provistos de mascarillas (el personal de la planta se las puede facilitar).
- Se aconseja no tocar al paciente y sus enseres sin antes haberse lavado las manos con la solución hidro-alcohólica a su disposición a la entrada de la habitación, o proveerse de guantes.
- Cuanta más gente distinta entre y salga de la habitación, más posibilidades hay de transmisión de gérmenes ajenos al Hospital.
- No permita niños en las visitas: ellos tienen peores defensas ante los gérmenes.
- No traiga alimentos a los pacientes: puede ser perjudicial para ellos y equivocar a sus médicos en cuanto a las dietas o el balance de peso.
- Se ha instalado una televisión en las habitaciones, pero les solicitamos un uso responsable de las mismas, teniendo en cuenta la hora, el estado de gravedad de los pacientes y, ante todo, que tengan en consideración al resto de pacientes y familiares.
- Puede usar escuchar música con auriculares.

Mientras esté en planta, su colaboración será fundamental para expulsar las secreciones y moverse precozmente. Con la anestesia y la intervención se producen abundantes secreciones en los bronquios que es imprescindible expulsar mediante la tos para evitar complicaciones que pueden ser graves. Si nota

secreciones y no le provocan tos espontáneamente, deberá toser “a propósito” para sacarlas de los bronquios, aunque no tenga ganas. El estar sentado facilita la expulsión y también son de gran ayuda los ejercicios con el aparato para elevar la bolita (Incentivo Respiratorio), pues se airean los pulmones y se movilizan las secreciones, facilitándose su expulsión. Tras la operación deberá ejercitarse seis veces cada hora, descansando por la noche y tras las comidas.

La movilización precoz va a ayudar mucho a su recuperación porque:

- El encamamiento prolongado atrofia los músculos, sobre todo de las piernas.
- Algunas zonas de los pulmones no se ventilan bien al estar tumbado y se acumulan mocos.
- La falta de movilidad puede producir trombos en las piernas que pueden provocar graves embolias en los pulmones.
- Además, el moverse no abre ni empeora las heridas.

La mayor parte -más del 90 por ciento- de infecciones aparecidas tras la cirugía es debida a gérmenes del propio enfermo que habitualmente viven y crecen en la piel. Es pues fundamental que se minimice el riesgo tomando conciencia del problema desde el ingreso y extremando la higiene personal: por eso, dúchese a diario. Además de ello los hospitales tienen una serie de gérmenes propios que atacan con más facilidad a enfermos con menos defensas, como los recién operados. Si a eso añadimos los gérmenes que vienen del exterior con las visitas, las posibilidades de contaminación serán mayores y es necesario recalcar que la infección en cirugía torácica es un problema muy serio, de una gravedad similar a la de la propia operación con alta mortalidad a pesar del tratamiento adecuado. Por ello es importante recordar que “más vale prevenir que curar” y que usted y su familia deben ayudarnos a mantener un entorno limpio y no permitir más visitas que las imprescindibles.

Durante su estancia postoperatoria será visitado diariamente por un Cirujano Torácico incluyendo fines de semana y festivos.

No dude en comunicar al personal de la unidad cualquier signo o síntoma que le preocupe.

En cuanto tolere líquidos se le dará progresivamente una dieta adaptada a sus necesidades y preferencias.

Las heridas se mantienen secas y cubiertas hasta el segundo día, siendo curadas por los profesionales de Enfermería. A partir de entonces hay que lavarlas bien durante la ducha diaria con un jabón suave, aclararlas con abundante agua corriente y secarlas cuidadosamente. Después puede aplicarse un antiséptico, tipo clorhexidina al 2 %, y se dejará la herida al aire.

Se retirarán los drenajes cuando clínicamente sea factible y, posteriormente, será dado de alta hospitalaria.

Las grapas y puntos de sutura se retirarán, una vez haya sido dado de alta, en su centro de atención primaria

No debe darle el sol directamente en las heridas el primer año tras la intervención (puede “engordar” y oscurecerse la herida).

Le rogamos que no ingiera alimentos traídos de fuera del Hospital ya que podrían alterar el curso del proceso.

Algunas cuestiones frecuentes, poco importantes y que remiten progresivamente con el paso de los días son:

- Poco apetito.
- Dificultad para dormir.
- Dolor en las heridas y espalda que empeora al moverse y con la tos: disminuye poco a poco y desaparece en 1-2 semanas.
- Anemia postoperatoria: puede producir sensación de fatiga y gran cansancio con los esfuerzos o mareo al levantarse o cambiar de postura.
- Sensación de hormigueo, adormecimiento o excesiva sensibilidad al tacto en torno a las heridas.
- Hinchazón de los pies (sobre todo por las tardes): es retención de líquidos.
- Estreñimiento y dificultad para defecar.

ALTA A CASA

Al alta se le entregará un informe clínico de alta provisional, que incluirá toda la medicación que debe de tomar (de palabra además se le indicará cómo y cuándo tomarlo). Tome solamente lo que le hayan recetado y durante el tiempo indicado. Como excepción, los analgésicos (medicamentos para el dolor) y los hipnóticos (medicamentos que ayudan a dormir bien) pueden ir dejándose de tomar paulatinamente, según vaya siendo menor su necesidad, hasta suspenderlos; al alta se le dirá cuáles son estas pastillas.

Así mismo, el informe incluye recomendaciones para evitarle complicaciones y acelerar el proceso de recuperación. También se le entregará un informe de enfermería que garantiza la continuidad de cuidados con la enfermera de atención primaria.

Salvo necesidad imperiosa, la institución no facilita transporte desde el hospital al domicilio, por lo que le aconsejamos que tenga preparado el medio de transporte que utilizará el día del alta.

Así mismo se le facilitarán las recetas para que disponga de la medicación prescrita tras el momento del alta.

Después de la intervención va a poder volver a realizar progresivamente todas las actividades que realizaba antes de la misma. Aproximadamente en un mes podrá desempeñar una vida normal, si bien poco a poco podrá ir realizando pequeños esfuerzos y trabajos ligeros con intensidad creciente.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Algunas recomendaciones:

- Levántese de la cama y vístase usted mismo/a cada día.
- Dé un paseo diario, al principio en casa y luego salga a la calle. No compita con nadie, ni haga tanto ejercicio que le produzca fatiga.
- Puede subir escaleras despacio, descansando cuando sea necesario.
- La actividad sexual se puede reanudar de manera lenta y progresiva según las apetencias y el grado de recuperación de cada uno.

- Comidas. Después de la operación deberá mantener una dieta equilibrada y rica en carnes blancas y pescados, verduras, frutas y cereales. Debe evitar:
 - Ⓜ Alimentos ricos en grasas animales,
 - Ⓜ Alimentos con mucha sal, sobre todo si es hipertenso.
 - Ⓜ Si es diabético, deberá mantener el tipo de dieta que seguía antes de la operación y controlar correctamente sus niveles de azúcar.
 - Ⓜ Al principio tendrá poco apetito: coma poco y más a menudo, hasta que se normalicen las ganas de ingerir alimentos.
- Reincorporación Laboral. Si tiene usted un trabajo sedentario, podrá realizarlo en una semana, pero si su oficio requiere un esfuerzo físico importante (construcción, carga y descarga, etc.), podrá realizarlo en unas 4 semanas aproximadamente. En todo caso, es una cuestión absolutamente individual y por ello debe ponerse de acuerdo con su médico de atención primaria y cirujano torácico para decidir y gestionar la vuelta al trabajo.
- **Cuando esté recuperado, intente llevar una vida lo más sana posible. Para ello, le damos los siguientes consejos higiénico-dietéticos, basados en la mejor -y más actualizada- evidencia científica:**

CONSEJOS ALIMENTICIOS

- Mantener una alimentación sana y con las calorías adecuadas a la actividad física que normalmente se desarrolle es muy importante para mantener un peso correcto y un organismo saludable. Equilibrar la ingesta calórica requiere en algunas personas disminuir su consumo típico de calorías y al mismo tiempo realizar más actividad física. Su médico de atención primaria le podrá ayudar en este cometido. No obstante, esta regla podrá serle útil:

Estimación del Gasto Energético (Organización Mundial de la Salud)

Paso 1: Calcular la tasa metabólica basal

Hombres de 18 a 30 años = $(0.0630 \times \text{peso real en kg} + 2.8957) \times 240 \text{ kcal / día}$

Hombres de 31 a 60 años = $(0.0484 \times \text{peso real en kg} + 3.6534) \times 240 \text{ kcal / día}$

Mujeres de 18 a 30 años = $(0.0621 \times \text{peso real en kg} + 2.0357) \times 240 \text{ kcal / día}$

Mujeres de 31 a 60 años = $(0.0342 \times \text{peso real en kg} + 3.5377) \times 240 \text{ kcal / día}$

Paso 2: Determinar factor de actividad

Baja (sedentaria) 1.3

Intermedio (algo de ejercicio regular) 1.5

Alto (actividad regular o trabajo exigente) 1.7

Paso 3: Estimar el gasto total de energía

El gasto total de energía = factor de actividad X tasa metabólica basal

- La ingesta calórica debe ser equilibrada entre los tres macronutrientes: hidratos de carbono, proteínas y grasas.
- Los micronutrientes son necesarios en pequeñas cantidades e incluyen varios minerales y vitaminas.
- La mayoría de las personas que consumen una dieta equilibrada no necesitan tomar suplementos vitamínicos.
- La ingesta baja de sal se asocia a un menor riesgo de eventos cardiovasculares, incluyendo la muerte.
- Los principales grupos de alimentos son frutas / verduras, hidratos de carbono, productos lácteos y alimentos ricos en proteínas.
- Se debe consumir cinco o más porciones de frutas y / o verduras al día. Las frutas y verduras son una fuente rica de fibra; además, el consumo de frutas / vegetales disminuye el riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y mortalidad.
- Es aconsejable reemplazar los hidratos de carbono refinados (por ejemplo, el pan blanco, arroz blanco, cereales refinados y azucarados) por hidratos de carbono con granos enteros (por ejemplo, pan de trigo integral, arroz integral, cereales de grano entero o avena), que tienen un mayor contenido de fibra. Los granos refinados están asociados con el aumento de peso a largo plazo.
- El consumo de ácidos grasos trans se debe mantener lo más bajo posible. Son los que llevan en su fórmula aceites parcialmente hidrogenados (por ejemplo, margarina en barra).
- Hay que evitar en lo posible las carnes rojas y procesadas. Es más sano comer una variedad de alimentos ricos en proteínas, incluyendo mariscos, carnes magras como pollo o pavo, huevos, judías, lentejas, guisantes, productos de soja y nueces. El consumo de carnes rojas y carnes procesadas se asocia con una mayor mortalidad, mientras que el consumo de carne blanca se asocia con disminución de la mortalidad.
- El consumo de refrescos y otras bebidas azucaradas (por ejemplo, bebidas de frutas) es una fuente importante de azúcar refinada añadida en la dieta y no son aconsejables.
- Una dieta baja en grasas animales, las dietas vegetarianas bien llevadas y la dieta mediterránea son algunas de las dietas más utilizadas para mantener una buena salud, donde la pérdida de peso no es necesariamente el principal objetivo. Estas dietas se asocian con beneficios para la salud. La decisión de elegir una de estas dietas se basa generalmente en factores de riesgo individuales, la preferencia personal y la capacidad de adherirse a una dieta determinada.

CONSEJOS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA

- La inactividad física es un problema de salud muy importante en todo el mundo, particularmente en los países desarrollados y entre las mujeres y los ancianos.

- El sedentarismo es también frecuente y se asocia con una salud deficiente, incluyendo aumento de la mortalidad y un mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- El ejercicio moderado o vigoroso aporta beneficios para la salud, entre ellos un menor riesgo de obesidad, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, ciertos tipos de cáncer y riesgo de mortalidad por cualquier causa. El ejercicio también incrementa la probabilidad de dejar de fumar; disminuye la discapacidad para las actividades de la vida diaria de las personas mayores; retrasa el deterioro cognitivo en adultos mayores y reduce el estrés, la ansiedad y la depresión.
- La lesión músculo-esquelética es el riesgo más frecuente asociado al ejercicio. Existen en algunas personas riesgos más graves, pero son menos frecuentes; se asocian a ejercicios vigorosos, sobre todo en personas poco entrenadas; estos riesgos incluyen arritmias, paro cardíaco repentino e infarto de miocardio. Sin embargo, los beneficios del ejercicio superan con creces los riesgos potenciales.
- No es necesaria una evaluación médica para la detección de enfermedad coronaria antes de iniciar el ejercicio en los pacientes asintomáticos, de bajo riesgo.
- Se aconseja a todos los adultos sanos que incorporen el ejercicio en su estilo de vida. Una opción es el ejercicio de intensidad moderada durante 150 minutos a la semana, el ejercicio de intensidad vigorosa durante 75 minutos a la semana, o una combinación equivalente de estas actividades. Los adultos con capacidad de ejercicio limitada debido a problemas de salud deben mantenerse físicamente lo más activo posible. Incluso un modesto incremento en el ejercicio se asocia a beneficios para la salud.

¿Qué más debo hacer cuando hago ejercicio? - Para evitar problemas, asegúrese de:

- Beber líquidos durante y después de hacer ejercicio (pero las bebidas no deberían tener cafeína)
- Evitar hacer ejercicio al aire libre si hace demasiado calor o frío
- Usar zapatos que le queden bien y que le amortigüen los golpes

¿Qué pasa si no tengo tiempo para hacer ejercicio? - Muchas personas tienen una vida muy ocupada y piensan que no tienen tiempo para hacer ejercicio. Es importante encontrar tiempo para hacer ejercicio, incluso si está cansado o se trabaja mucho. El ejercicio puede aumentar su nivel de energía, lo que podría incluso ayudarlo a obtener más rendimiento en el trabajo.

En los días en los que realmente no tenga tiempo para hacer ejercicio puede:

- Usar las escaleras en vez del ascensor
- Aparcar en una plaza lejana a su destino
- Tomar la ruta más larga al caminar de un lugar a otro

Pasar mucho tiempo sentado, por ejemplo, para ver la televisión o trabajar en el ordenador, es malo para su salud. Trate de levantarse y moverse cada vez que pueda.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

En cuanto podamos emitir el informe definitivo (cuando contemos con el examen anatomopatológico, que suele ser aproximadamente entre diez y quince días después de su alta hospitalaria), se lo remitiremos a su domicilio por correo postal. En dicho informe figurarán las recomendaciones de tratamientos complementarios o seguimiento clínico, con la fecha y lugar para su realización.

SEGUIMIENTO Y ALTA DEFINITIVA

Aproximadamente al mes y medio de la operación, se le citará para realizar una consulta por el cirujano torácico, si se estima oportuna. A esa consulta, habitualmente, deberá aportar algunas pruebas diagnósticas que irán indicadas en el informe de alta y que se las solicitará su médico de atención primaria.

Posteriormente, y dependiendo del diagnóstico definitivo y de su lugar de residencia, podrá seguir con revisiones periódicas en nuestra consulta o en otras unidades clínicas que se adapten mejor a su proceso o a su lugar de residencia –Neumología u Oncología-. Si necesita ingresar en otra unidad del hospital o en otro hospital distinto al Hospital Universitario Reina Sofía antes de que le veamos en consulta, su familia debe comunicárnoslo, por si es preciso que tomemos alguna medida o demos algún consejo al facultativo que le esté atendiendo.

Si todo está bien, se le dará el alta definitiva por nuestra parte y el control de su enfermedad pasará a cargo de Oncología o de Neumología.

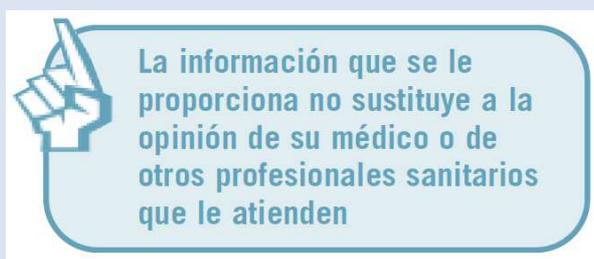
Queremos manifestarle nuestro agradecimiento por la confianza depositada en nuestra Unidad. Cualquier sugerencia para mejorar nuestro servicio será bienvenida. Quedamos a su disposición para todo lo que podamos hacer por usted o por su familia.

Herramienta de ayuda para la toma de decisiones compartida en cáncer de pulmón

Este documento está hecho para **ayudar** a los pacientes diagnosticados de **cáncer de pulmón** a elegir entre varios tratamientos.

Es una herramienta para ayudarle a tomar su decisión.

La información que se proporciona en este documento está basada en las mejores pruebas científicas disponibles en el momento de su elaboración.



Este documento sólo tiene que ser utilizado **si usted lo desea**.

Si no quiere utilizarlo, eso no afectará a la atención que reciba de los profesionales sanitarios que le correspondan.

Con este documento Usted puede:

Comprender las ventajas e inconvenientes de las diferentes opciones de tratamiento.

Valorar los posibles riesgos y beneficios del tratamiento, según sus valores y situación personal.

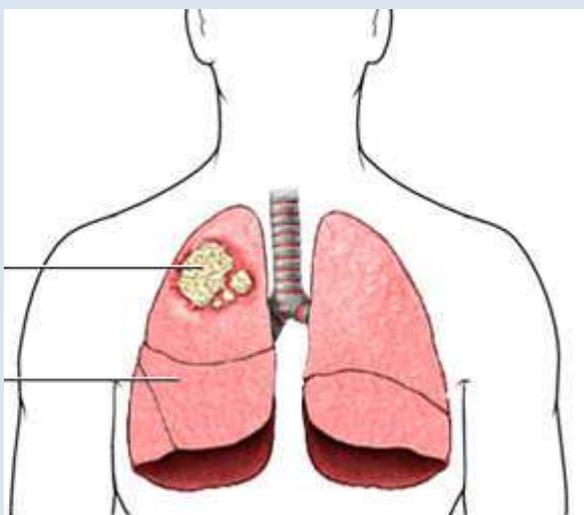
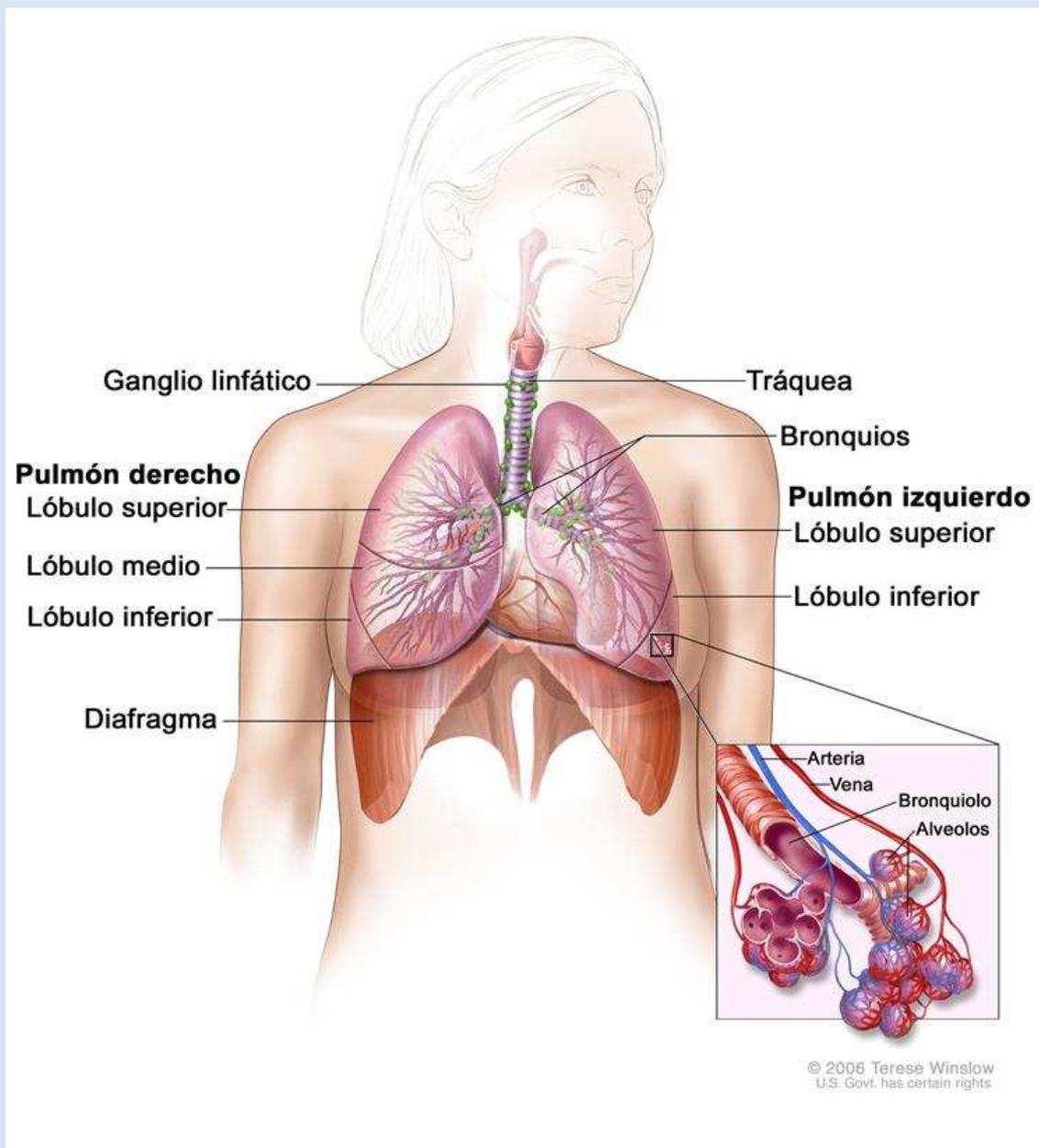
Participar, con sus médicos u otros/as profesionales de la salud, en la toma de decisiones sobre su enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer de pulmón ha crecido a lo largo del siglo XX como consecuencia del hábito de fumar. En un mundo sin tabaco el cáncer de pulmón sería una enfermedad excepcional. **Nueve de cada diez casos de cáncer de pulmón se deben al tabaco**, aunque en ocasiones, puede presentarse en no fumadores. Recientemente se están encontrando casos de cáncer de pulmón en los denominados "fumadores pasivos", que son aquellas personas que no fuman, pero están expuestos al humo de tabaco de los fumadores en su hogar o en su trabajo. La mejor forma de prevenir el cáncer de pulmón es dejar de fumar o no empezar a fumar nunca.

Existen otros factores de riesgo asociados a la aparición de un cáncer de pulmón, aunque estos son menos frecuentes que el tabaco. Algunas exposiciones del ambiente laboral como el asbesto, arsénico, vinilo, uranio, cromados de níquel constituyen la segunda causa en importancia del cáncer de pulmón.

¿Qué es el cáncer del pulmón?



Las células normales tienen un crecimiento controlado; la información necesaria para el control del crecimiento y sus funciones se encuentra en los genes de la célula. El cáncer consiste en un **crecimiento descontrolado y una diseminación de células anormales en el organismo, que invaden y dañan tejidos y órganos**. El proceso de transformación de una célula sana en una célula tumoral es muy complejo. Cuando algunos agentes, denominados carcinógenos (como por ejemplo algunas de las sustancias que contiene el tabaco) actúan sobre el organismo, producen un daño en los genes de la célula sana. Este daño puede alterar el mecanismo de crecimiento y funcionamiento celular originando una célula descontrolada o cancerosa. Los tumores malignos son capaces de destruir tejidos y órganos de alrededor, de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo.

El cáncer del pulmón se origina en estructuras del árbol respiratorio como por ejemplo la tráquea, los bronquios, los bronquiolos o los alvéolos.

Existen **dos tipos fundamentales** de cáncer de pulmón:

- **Cáncer de pulmón no de células pequeñas**, que es el tipo más común (alrededor del 75% de los casos)
- **Cáncer de pulmón de células pequeñas**

Estos dos tipos de cáncer de pulmón responden de distinta manera a diferentes tratamientos, por lo que el mejor enfoque de tratamiento para usted dependerá del tipo de cáncer de pulmón.

Cáncer de pulmón de células no pequeñas

Existen diversos tipos de cáncer de pulmón de células no pequeñas, según el tipo de anomalía celular:

- **Adenocarcinoma**: Es más frecuente en mujeres, particularmente en mujeres fumadoras, y posee una tendencia a producir formaciones de mucosidad/esputo en las vías respiratorias más pequeñas.
- **Carcinoma escamoso (también conocido como carcinoma epidermoide)**: Sucede con mayor frecuencia en hombres y ancianos de ambos sexos, pero es infrecuente en no fumadores. Aparece como un tumor irregular de células de apariencia perlada con una textura firme y es más frecuente en las vías respiratorias centrales más grandes que en el área externa del pulmón. Puede crecer lo suficiente como para bloquear el paso del aire a una parte del pulmón y provocar un colapso. Este tipo de cáncer es el que se extirpa con mayor frecuencia mediante cirugía.

Cáncer de pulmón de células pequeñas

Es provocado por pequeñas células circulares que forman tumores carnosos, usualmente en las vías respiratorias más grandes y es muy infrecuente en no fumadores. Las células cancerosas de este tipo de cáncer de pulmón se dividen y crecen rápidamente y a menudo se diseminan a los ganglios linfáticos y otros órganos del cuerpo para cuando se realiza un diagnóstico.

Se sabe que responde más a la quimioterapia y radioterapia que el cáncer de pulmón de células no pequeñas y que puede recidivar. Deberá asistir a controles regulares después de finalizar el tratamiento para asegurarse que se detecte cualquier recidiva rápidamente.

Factores pronósticos más importantes del cáncer del pulmón

El pronóstico de un cáncer de pulmón y la elección del tratamiento más adecuado va a depender de varios factores. En primer lugar, el **tipo de tumor**, es decir, que nos hallemos ante un tumor de células pequeñas o de células no pequeñas. En el primer caso el tratamiento de elección suele ser la quimioterapia con o sin radioterapia, y en el segundo el tratamiento de elección suele ser, dependiendo de la extensión, la cirugía y/o la quimioterapia y/o la radioterapia.

También es relevante el **estado general del paciente**. Un mal estado general puede contraindicar o comprometer la eficacia de algunos tratamientos. La presencia de otras enfermedades no tumorales (bronquitis crónica-enfisema, deterioro cognitivo, problemas cardiovasculares, etc.) también tiene importancia a la hora de seleccionar las terapias frente al cáncer. Por regla general, la ausencia de síntomas se asocia a un estadio precoz del cáncer del pulmón, en el que hay más probabilidades de curación.

Además, es muy importante el **tamaño y localización de la lesión**. Así, un tumor pequeño y que no esté afectando a estructuras vitales (como el corazón, los grandes vasos sanguíneos, la tráquea, el esófago, la médula espinal o el diafragma) es de mejor pronóstico ya que se puede, potencialmente, operar con éxito. Si estuviera invadiendo alguna de estas estructuras del organismo, la posibilidad de operación estaría más comprometida.

La **presencia de ganglios linfáticos afectados por el cáncer** es importante. En ocasiones es necesario realizar técnicas diagnósticas más agresivas para poder conocer o descartar la afectación de los ganglios linfáticos, a tener en cuenta para la selección más apropiada del tratamiento.

La **presencia de órganos fuera del pulmón afectados por cáncer** (metástasis a distancia) es un factor de mal pronóstico. Cuando existen metástasis suelen administrarse tratamientos paliativos, generalmente quimioterapia o tratamientos exclusivamente sintomáticos.

Tratamiento del cáncer del pulmón

Aspectos Generales

El tratamiento de un cáncer de pulmón depende de diferentes aspectos. El médico tendrá en cuenta la edad, el estado general de salud, los antecedentes médicos personales, el tipo de tumor (de células no pequeñas o pequeñas), el estadio de la enfermedad, la tolerancia a los posibles efectos secundarios de cada uno de los tratamientos y los deseos del paciente y de su familia.

Existen **cuatro opciones fundamentales** para tratar el cáncer de pulmón: cirugía, radioterapia, quimioterapia (convencional y dirigida) y cuidados paliativos (alivio de síntomas). Seguidamente analizamos brevemente cada una de las opciones de tratamiento, así como una descripción de los planes de tratamiento más frecuentemente empleados según el tipo y el estadio del cáncer (localización y extensión dentro del organismo).

Las opciones y recomendaciones en cuanto a los tratamientos dependen de varios factores, entre los cuales destacan el tipo y estadio del cáncer, los posibles efectos secundarios, el estado general de salud y las preferencias del paciente.

CIRUGÍA

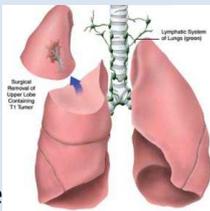
La cirugía es el **único tratamiento que ha demostrado que puede, en determinadas ocasiones, curar definitivamente el cáncer de pulmón**. El cirujano torácico está especialmente capacitado para realizar el tratamiento quirúrgico del cáncer pulmonar. El objetivo de la cirugía es la extirpación completa del tumor pulmonar y los ganglios linfáticos cercanos al tumor dentro del tórax. El tumor se extirpa con un borde circundante de tejido pulmonar normal (denominado margen). Un “margen negativo” significa que “se ha cortado por lo sano”, y que en el examen microscópico del pulmón o de la parte del pulmón extirpada por el cirujano no existen residuos de cáncer en el tejido sano que rodea al tumor. Solo está generalmente indicada en tumores localizados en el tórax.

Tipos de técnicas quirúrgicas que pueden usarse en el cáncer de pulmón

Lobectomía. Los pulmones están formados por cinco lóbulos, tres en el pulmón derecho y dos en el izquierdo. Está demostrado que, para el cáncer de pulmón que no es de células pequeñas, la lobectomía (extirpación del lóbulo pulmonar en su totalidad) es el tipo de cirugía más efectivo en cuanto a posibilidad de curación, de evitar recidiva del tumor y de supervivencia más prolongada.

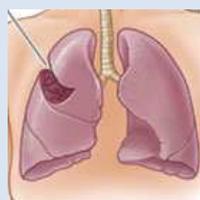


Segmentectomía. Cada lóbulo pulmonar está a su vez compuesto de varios segmentos. Cuando el tumor es pequeño y está situado en la parte más periférica del pulmón, puede extirparse el segmento afecto y respetarse el resto del lóbulo. Este tipo de resección suele efectuarse en pacientes con poca reserva funcional en sus pulmones.

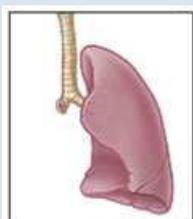


puede

Resección “en cuña”. Si el cirujano no puede extirpar todo el lóbulo del pulmón porque el paciente no pudiera tolerarlo por el estado funcional de sus pulmones, extirpar el tumor, rodeado por un margen de pulmón normal.



Neumonectomía. Si el tumor se sitúa en la zona cercana al origen anatómico del pulmón o afecta a más de un lóbulo, a veces no queda otra opción que extirpar el pulmón en su totalidad. Es la técnica que más posibilidad de complicaciones acarrea.



Ablación por radiofrecuencia. La ablación por radiofrecuencia consiste en utilizar una aguja insertada en el tumor para destruir el cáncer con corriente eléctrica. En ocasiones se utiliza para un tumor de pulmón que no se puede extirpar con los otros tipos de cirugía enumerados anteriormente. Hasta ahora no ha demostrado curaciones o supervivencias prolongadas, pero sí aumento de esta última.

Efectos secundarios de la cirugía

La cirugía para cáncer de pulmón es una **intervención mayor** en la que **el paciente puede perder capacidad respiratoria y tener complicaciones** –ocasionalmente importantes y excepcionalmente mortales–.

En los primeros días del postoperatorio los pacientes tienen dificultad para moverse, toser o respirar profundamente. Para ayudar a que se expanda el tejido de pulmón que queda y para desalojar el exceso de aire y de líquido, puede ser útil realizar ejercicios de rehabilitación respiratoria.

Los efectos secundarios comunes de la cirugía de cáncer de pulmón son el dolor y la debilidad en el tórax y en el brazo. Por lo general los pacientes pueden necesitar varias semanas para recuperar las fuerzas y la energía, en dependencia de la cantidad de pulmón extirpado y de la salud general del paciente antes de la cirugía.

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia es el uso de **fármacos para destruir las células cancerosas**, generalmente al inhibir su capacidad para proliferar y dividirse. La quimioterapia sistémica se administra a través del torrente sanguíneo para que alcance las células cancerosas de todo el cuerpo. La quimioterapia es administrada por un oncólogo clínico, un médico que se especializa en el tratamiento del cáncer con medicamentos. La mayoría de los medicamentos de quimioterapia para el cáncer de pulmón se inyectan en una vena (intravenosos o por vía intravenosa). **Un régimen de quimioterapia normalmente consiste en una cantidad específica de ciclos** que se administran **en un plazo de tiempo determinado**. Un paciente puede recibir un fármaco o combinaciones de diferentes fármacos al mismo tiempo.

La quimioterapia **también puede dañar las células normales del cuerpo**, incluidas las células sanguíneas, las células cutáneas y las células nerviosas. Esto puede causar recuentos sanguíneos bajos, mayor riesgo de infección, caída del cabello, llagas en la boca y/o adormecimiento u hormigueo en las manos y los pies. A menudo, el oncólogo clínico puede recetar fármacos para ayudar a aliviar muchos de esos efectos secundarios. Los planes de tratamiento con quimioterapia más recientes producen menos efectos secundarios y tienen la misma eficacia que los tratamientos anteriores. Se ha comprobado que la quimioterapia, aunque no puede conseguir una curación definitiva en el momento actual, mejora tanto la duración como la calidad de vida en la mayoría de los estadios de cáncer de pulmón.

La quimioterapia dirigida es un tratamiento cuyo blanco son los genes o las proteínas específicos del cáncer, o a las condiciones del tejido que contribuyen al crecimiento y a la supervivencia del cáncer. Este tipo de tratamiento inhibe el crecimiento y la diseminación de las células cancerosas y, a la vez, limita el daño a las células normales. No todos los cánceres de pulmón son, por el momento, susceptibles de este tipo de tratamiento.

TERAPIA DIRIGIDA

La terapia dirigida es un tratamiento contra el cáncer que utiliza fármacos. Pero es diferente a la quimioterapia tradicional. La terapia dirigida es un tratamiento que actúa de manera selectiva sobre los

genes específicos del cáncer, las proteínas o el entorno del tejido que contribuyen al crecimiento y la supervivencia del cáncer. Estos genes y estas proteínas se encuentran en células cancerosas o en células relacionadas con el crecimiento del cáncer, como células de vasos sanguíneos.

Existen varios tipos de terapia dirigida:

- **Anticuerpos monoclonales.** Los fármacos denominados “anticuerpos monoclonales” bloquean un blanco específico en la parte exterior de las células cancerosas y/o el blanco podría encontrarse en la zona que circunda el cáncer. Estos fármacos funcionan como una tapa de plástico que se coloca en un tomacorriente. El enchufe impide que la electricidad salga del tomacorriente.
- **Fármacos de moléculas pequeñas.** Los fármacos denominados “fármacos de moléculas pequeñas” pueden bloquear el proceso que ayuda a las células cancerosas a multiplicarse y diseminarse. En general, estos fármacos se toman en forma de comprimidos.

Pero la terapia dirigida es compleja y no siempre es eficaz. Es importante recordar lo siguiente:

- Un tratamiento dirigido no funcionará si el tumor no tiene el blanco.
- Si tiene el blanco, no significa que el tumor responderá al fármaco.
- La respuesta al tratamiento puede ser temporal.

INMUNOTERAPIA

La inmunoterapia es el uso de medicinas para ayudar al propio sistema inmunitario de la persona para que reconozca y destruya las células cancerosas con más eficacia.

Inhibidores de puestos de control inmunitarios

Una parte importante del sistema inmunitario es su capacidad de evitar el ataque a las células normales en el cuerpo. Para hacer esto, el sistema inmunitario utiliza “puestos de control” que son proteínas en las células inmunitarias que funcionan como interruptores de encendido que requieren ser encendidas (o apagadas) para iniciar una respuesta inmunitaria. En ocasiones, las células cancerosas usan estos puestos de control para evitar ser atacadas por el sistema inmunitario.

Los medicamentos que se dirigen a estos puestos de control (referidos como **inhibidores de puestos de control**) se pueden utilizar para tratar a algunas personas con cáncer de pulmón no microcítico.

Estos medicamentos pueden emplearse en diferentes situaciones para tratar el cáncer de pulmón no microcítico. En algunos casos, antes de que se pueda usar alguno de estos medicamentos, podría ser necesario que se hagan análisis de laboratorio sobre las células cancerosas para mostrar su potencial efecto beneficioso.

Estos medicamentos se administran por infusión intravenosa. Dependiendo del medicamento, podría ser que se administren cada 2, 3, 4 ó 6 semanas.

Posibles efectos secundarios

Los efectos secundarios de estos medicamentos pueden incluir cansancio, tos, náuseas, comezón, erupciones en la piel, pérdida del apetito, estreñimiento, dolores en las articulaciones y diarrea. Otros efectos secundarios más graves pueden ocurrir con menos frecuencia.

RADIOTERAPIA

La radioterapia es el **uso de rayos X u otras partículas de alta potencia para destruir las células cancerosas**. Si usted necesita recibir radioterapia, se le pedirá que consulte a un especialista conocido como radio-oncólogo, un médico que se especializa en administrar radioterapia para tratar el cáncer. El tipo más común de tratamiento de radiación se denomina radioterapia de haz externo, que consiste en radiación que se aplica desde una máquina externa al cuerpo. Cuando el tratamiento de radiación se aplica mediante implantes, se denomina radioterapia interna o braquiterapia. Un régimen (plan) de radioterapia normalmente consiste en una cantidad específica de tratamientos que se administran en un plazo de tiempo determinado.

Al igual que la cirugía, la radioterapia **no se puede utilizar para el tratamiento de un cáncer que se ha diseminado**. La radiación solo destruye las células cancerosas que se encuentran directamente en el trayecto del haz de radiación. **También daña las células normales** en su camino; por este motivo, no se puede usar para tratar grandes áreas del cuerpo.

Los pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia a menudo se sienten fatigados y pierden el apetito. Si se administra radioterapia en el cuello o el centro del tórax, los pacientes también pueden tener dolor de garganta y dificultades para tragar. En la zona tratada puede haber irritación de la piel, similar a una quemadura de sol. La mayoría de los efectos secundarios desaparece poco tiempo después de finalizado el tratamiento.

Si la radioterapia irrita o inflama el pulmón, los pacientes pueden presentar tos, fiebre o disnea durante meses y a veces años después de finalizada la radioterapia. Alrededor del 15 % de los pacientes contraen esta afección, denominada neumonitis por radiación. Si es leve, la neumonitis por radiación no requiere tratamiento y desaparece por sí sola. Si es intensa, tal vez el paciente requiera tratamiento para la neumonitis por radiación con corticosteroides, como la prednisona. La radioterapia también puede dejar cicatrices permanentes en el tejido pulmonar cercano al lugar donde se encontraba el tumor original. Normalmente, las cicatrices no provocan síntomas. Sin embargo, las cicatrices graves pueden causar tos permanente y disnea. Por este motivo, los radio-oncólogos planifican cuidadosamente los tratamientos mediante el uso de TAC del tórax para reducir la cantidad de tejido pulmonar normal expuesto a la radiación.

CUIDADOS PALIATIVOS

A menudo, el cáncer y su tratamiento producen efectos secundarios. Además del tratamiento para retardar, detener o eliminar el cáncer, un aspecto importante del cuidado de la enfermedad es **aliviar los síntomas y los efectos secundarios que tiene la persona**. Este enfoque se denomina cuidados paliativos o atención de apoyo, e incluye brindarle **apoyo al paciente con sus necesidades físicas, emocionales y sociales**.

Los cuidados paliativos pueden ayudar a una persona en cualquier estadio de la enfermedad. A menudo las personas reciben tratamiento para el cáncer y tratamiento para disminuir los efectos secundarios al mismo

tiempo. De hecho, los pacientes que reciben ambos suelen tener síntomas menos graves, mejor calidad de vida e informan que están más satisfechos con el tratamiento.

Los siguientes tratamientos se pueden administrar para ayudar a aliviar los síntomas del cáncer de pulmón:

- El tamaño de un tumor torácico que sangra u obstruye las vías pulmonares se puede reducir mediante radioterapia.
- Durante una broncoscopia, las vías pulmonares obstruidas por el cáncer se pueden abrir para mejorar la respiración.
- El cirujano puede usar un láser para destruir un tumor o colocar una endoprótesis (stent) para mantener despejada una vía respiratoria.
- Se utilizan medicamentos para tratar el dolor causado por el cáncer. La mayoría de los hospitales y centros oncológicos cuentan con especialistas en el control del dolor que administran analgésicos, incluso para el dolor muy intenso causado por el cáncer. Muchos fármacos que se usan para tratar el dolor causado por el cáncer, en particular la morfina, también pueden aliviar la disnea causada por el cáncer.
- Se pueden utilizar medicamentos para suprimir la tos, abrir las vías respiratorias obstruidas o reducir las secreciones bronquiales.
- La prednisona o la metilprednisolona (varias marcas comerciales) pueden reducir la inflamación causada por el cáncer de pulmón o por la radioterapia, y mejorar la respiración.
- El oxígeno extra proveniente de pequeños tanques portátiles puede ayudar a compensar la capacidad reducida del pulmón para extraer oxígeno del aire.
- Los medicamentos denominados bifosfonatos fortalecen los huesos, disminuyen el dolor óseo y ayudan a prevenir futuras metástasis óseas.
- Los estimulantes del apetito y los suplementos nutricionales pueden mejorar el apetito y reducir la pérdida de peso.

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS

La **mayoría** de las personas con cáncer de pulmón **reciben más de un tipo de tratamiento** de más de un especialista. Esto se conoce como enfoque de un equipo multidisciplinario. Por ejemplo, se puede administrar quimioterapia antes o después de la cirugía, o bien antes, durante o después de la radioterapia.

Tratamiento del Cáncer de pulmón no de células pequeñas

Estadio I y II. En general, el cáncer de pulmón **en estadio I y II se tratan con cirugía**. Los cirujanos curan a muchos pacientes con una operación. Antes o después de la cirugía, se puede derivar al paciente a un oncólogo clínico. Algunos pacientes con **tumores de gran tamaño** o muestras de **diseminación a los ganglios linfáticos** se pueden beneficiar con la **quimioterapia neoadyuvante** (quimioterapia administrada antes de la cirugía, también denominada quimioterapia de inducción) o con la **quimioterapia adyuvante** para reducir las probabilidades de que reaparezca el cáncer. La **radioterapia** se puede utilizar para tratar y curar un tumor de pulmón cuando no está recomendada la cirugía.

Estadio III. El cáncer de pulmón en estadio III se ha diseminado en un grado tal que **la cirugía o la radioterapia solas generalmente no suelen ser suficientes** para curar la enfermedad en la mayoría de las personas. Los pacientes con la enfermedad en estadio III también tienen un alto riesgo de que el cáncer reaparezca, ya sea en el mismo lugar o en una localización distante, incluso después de una cirugía o radioterapia que hayan sido satisfactorias. Por este motivo, los médicos no suelen recomendar la cirugía inmediata y, en algunos casos, sugieren **quimioterapia antes de la cirugía**.

Después de la quimioterapia, los pacientes con cáncer de pulmón en estadio III **aún pueden ser intervenidos quirúrgicamente**, en especial si la quimioterapia es efectiva en la reducción del cáncer. Sin embargo, algunos pacientes con cáncer de pulmón en estadio III no son operados. En su lugar, se les puede administrar una **combinación de quimioterapia y radioterapia**. La quimioterapia se puede administrar antes que la radioterapia o de manera simultánea. Este método ha demostrado mejorar la capacidad de la radioterapia para reducir el tamaño del tumor y disminuir el riesgo de que el cáncer reaparezca.

La quimioterapia que se administra al mismo tiempo que la radioterapia es más efectiva que la que se administra antes de la radioterapia, pero provoca más efectos secundarios. Puede suceder que los pacientes que han recibido quimioterapia y radioterapia para la enfermedad en estadio III igual tengan que someterse a una cirugía. Sin embargo, existen debates entre los médicos acerca de si la cirugía es necesaria en los pacientes cuando la radioterapia ha funcionado bien, y si la radioterapia es necesaria en los pacientes cuyos tumores desaparecen después de la quimioterapia.

En la mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón en estadio III, los tumores no son extirpables, es decir, no se pueden extraer con cirugía. Tal vez esto se deba a que el cirujano considera que la cirugía sería demasiado riesgosa o que el tumor no se puede extirpar por completo. Para los pacientes con cáncer de pulmón no extirpable, que no presentan signos de diseminación del cáncer a sitios distantes o al líquido que rodea el pulmón, aún se puede utilizar una combinación de quimioterapia y radioterapia para intentar curar al paciente.

Cáncer de pulmón en estadio IV. Normalmente, los pacientes con cáncer de pulmón **en estadio IV no reciben cirugía ni radioterapia**. En ciertas ocasiones, los médicos pueden recomendar cirugía para una metástasis cerebral o suprarrenal si es el único lugar al que el cáncer se diseminó. La radioterapia también se puede utilizar para el tratamiento de una metástasis en un solo lugar, por ejemplo, en el cerebro. Sin embargo, los pacientes con la enfermedad en estadio IV se encuentran ante un riesgo muy alto de que el cáncer se disemine o prolifere en otra localización. **La mayoría** de los pacientes con cáncer de pulmón en este estadio **reciben quimioterapia únicamente**.

Los **objetivos de la quimioterapia** son **reducir el tamaño** del cáncer, **aliviar el malestar** provocado por el cáncer, impedir que el cáncer tenga una mayor diseminación y **prolongar la vida** del paciente. En casos infrecuentes, la quimioterapia puede hacer que el cáncer de pulmón metastásico desaparezca. No obstante, los médicos saben por experiencia que el cáncer volverá a aparecer. Por lo tanto, los pacientes con la enfermedad en estadio IV nunca se consideran “curados” de su cáncer, independientemente de la eficacia de la quimioterapia. A menudo el tratamiento continúa mientras controle el crecimiento del cáncer. Se ha demostrado que **la quimioterapia mejora tanto la duración como la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón en estadio IV**. Si el cáncer empeora o causa demasiados efectos secundarios graves, el tratamiento se puede interrumpir, y los pacientes continuarían recibiendo cuidados paliativos.

BALANCE DECISIONAL

Información

- Tengo suficiente información sobre mi estado de salud como para tomar

Plan Asistencial TUMORES PULMONARES

23

UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar

- una decisión? **Sí No**
- Conozco que opciones de cirugía están disponibles para mí? **Sí No**
- Conozco las ventajas (los pros) de cada opción? **Sí No**
- Conozco las desventajas (los contras) de cada opción? **Sí No**

Valoración

- Tengo claro cuáles son los pros más importantes para mí? **Sí No**
- Tengo claro cuáles son los contras más importantes para mí? **Sí No**

Apoyo

- Tengo el apoyo de otras personas para tomar la decisión? **Sí No**
- Estoy decidiendo sin que otros me presionen? **Sí No**

Certidumbre

- Siento seguridad sobre cuál es la mejor opción para mí? **Sí No**

BIBLIOGRAFÍA

Herramienta de ayuda a la toma de decisiones para pacientes diagnosticados de una fibrilación auricular no valvular.- Teresa Hermosilla Gago, Silvia Vidal Serrano, M^a Luz Buzón Barrera, et al. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2008.

Herramienta de Ayuda para la Toma de Decisiones compartida en cáncer de mama = Patient Decision Aids Tool for breast cancer. Fátima Izquierdo Botica y Juan Antonio Blasco Amaro. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSPSI. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2010.

<https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/qu%C3%A9-es-la-terapia-dirigida>. Accedido en octubre 2020.

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/tratamiento-no-microcitico/inmunoterapia.html>
Accedido en octubre 2020.

Cáncer de pulmón: una guía práctica. Eguino Villegas, Fernández Sánchez, García Álvarez, García Sáenz. Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Nacional. Madrid, 2012.

Cáncer de pulmón de células no pequeñas: Tratamiento (PDQ®). Instituto Nacional del Cáncer USA. Actualizado 2 de abril de 2018. Accesible: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/pulmon/paciente/tratamiento-pulmon-celulas-no-pequenas-pdq>

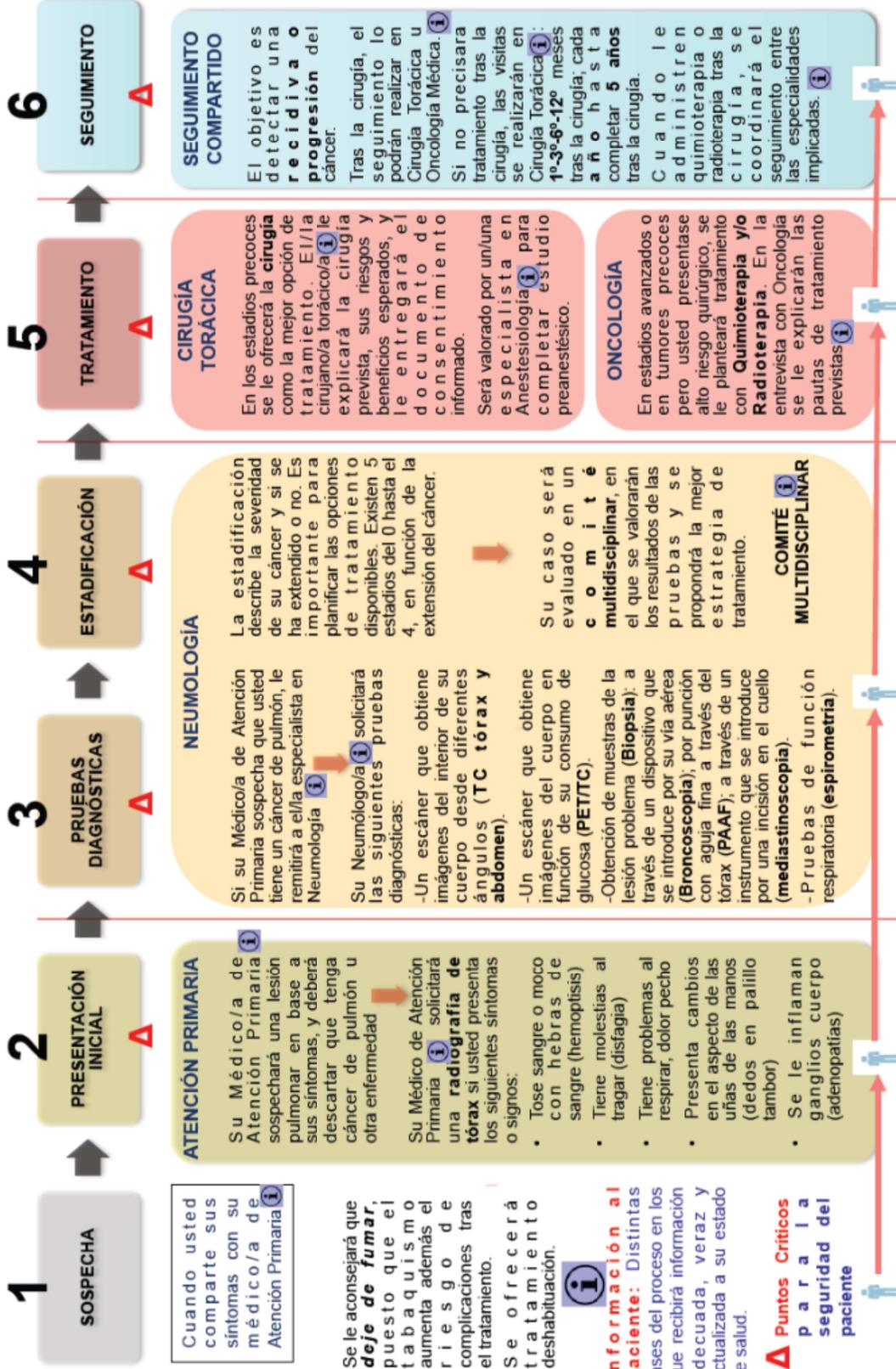
DIRECCIONES INTERESANTES y CONTRASTADAS

- Asociación Española Contra el Cáncer: <http://www.todocancer.com/esp>
- American Cancer Society: <http://www.cancer.org>
- National Cancer Institute: <http://www.cancer.gov>
- Lung Cancer: [http:// www.lungcancer.org](http://www.lungcancer.org)
- American Lung Association: <http://www.lungusa.org>
- Agencia Internacional para el estudio del cáncer de pulmón (IASLC): <http://www.iaslc.org>
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR): <http://www.separ.es>

Última revisión: Octubre 2020

La ruta del paciente es la forma de que comprenda cómo serán sus movimientos en el sistema sanitario. Este mapa le guiará a través de 6 pasos para diagnosticar y tratar el cáncer de pulmón: Sospecha, presentación inicial, pruebas diagnósticas, estadificación, tratamiento y seguimiento. Se recomienda que acuda a las citas médicas acompañado de un familiar o amigo, como apoyo y para tomar notas.

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE PULMÓN: HOJA DE RUTA PACIENTE



Otras anotaciones de interés: De lunes a viernes (09.00 a 14.00h) puede llamar al teléfono de la consulta externa de Cirugía Torácica: 957010218, o a la Secretaría del Servicio: 957010445

DOCUMENTO DE REGISTRO DE VOLUNTADES Y PREFERENCIAS DEL USUARIO

Este documento, al igual que el resto de los componentes de su historial clínico, es de uso confidencial. Su único objetivo es conocer sus voluntades y preferencias para que puedan ser acatadas por el personal de la unidad durante su estancia hospitalaria.

Por favor, rodee con un círculo la respuesta elegida y escriba los datos solicitados. Si necesita ayuda o aclaraciones, consulte al personal.

ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

¿Ha realizado usted declaración en el Registro de Voluntades Anticipadas?

Si (solo para el personal de la Unidad) consultar: en la página WEB HURS -> Profesionales -> Procedimientos Generales -> POE 005 -Declaración Vital Anticipada-.

No

Si desea realizarlas, esta información puede ayudarle:

La Declaración de Voluntad Vital Anticipada es la manifestación escrita realizada por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones en materia sanitaria que deben respetarse en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad. Esta declaración se inscribe en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas.

Si necesita una cita debe solicitarla en Salud Responde en el teléfono **955 545 060**.

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/calidad-sistema-sanitario/paginas/webrva.html>

En esta dirección encontrará los siguientes documentos:

¿Desea usted nombrar un tutor o representante legal?

Sí (nombre, parentesco y DNI):

No

¿Desea que otra u otras personas, además de usted, reciban la información sobre su estado de salud?

Plan Asistencial TUMORES PULMONARES

27

UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar

Sí (especifique a quién o quiénes):

No

¿Qué tipo de información desea recibir sobre su estado de salud?

- 1.- Completa, veraz, ajustada.
- 2.- Sólo de los procedimientos que me van a realizar, sin profundizar en diagnósticos y pronóstico
- 3.- No deseo recibir información alguna

¿Qué tipo de información desea que reciban sus familiares y allegados autorizados?

- 1.- La misma que reciba Ud.
- 2.- Más profunda que la recibida por Ud.
- 3.- Menos profunda y más “suavizada” que la recibida por Ud.

¿Es suficiente la información previa recibida antes del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico?

- 1.- Si
- 2.- No, requiero más información

¿Desea no recibir algún tipo de alimento o producto sanitario durante su tratamiento?

- 1.- No
- 2.- Si (Especificar cuáles)

¿Vive usted con algún familiar capaz de prestarle ayuda cuando regrese a su domicilio?

- 1.- Sí
- 2.- No

¿Desea recibir información por correo electrónico (Informes, Citaciones)?

1.- Si Notifique su dirección de correo electrónico de destino.....

2.- No

¿Desea recibir información por SMS (Citas de consultas o pruebas)?

1.- Si Notifique su número de teléfono.....

2.- No

¿Está Ud. recibiendo un tratamiento farmacológico previo a su ingreso hospitalario?

1.- Si (Escriba, por favor, los nombres de los medicamentos, la dosis y la periodicidad de administración en la HOJA DE CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO HABITUAL, que se encuentra a continuación de este documento)

2.- No

¿Conoce Ud. el derecho de segunda opinión médica?

1.- Si

2.- No (INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO)

¿Conoce Ud. su derecho de libre elección de centro y/o médico?

1.- Si

2.- No (INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO)

LIBRE ELECCIÓN DE MEDICO ESPECIALISTA

Todos los usuarios pertenecientes al SSPA, con las excepciones que se recogen en los casos de menores e incapacitados, en los que serán sus representantes legales quienes ejerciten ese derecho y según la normativa vigente.

- La elección la realizará el usuario individualmente, a través del médico de ATENCIÓN PRIMARIA (AP).
- Podrá ser ejercido por los usuarios de los servicios sanitarios que, a juicio de su médico de Atención Primaria, precisen ser atendidos por Médicos Especialistas.
- Desde el momento que el médico de Atención Primaria realice la derivación al especialista, el usuario podrá ejercer ese derecho.
- El médico de AP le facilitará la información necesaria para que puedan decidir y le solicitará la primera cita.
- Una vez que el usuario haya elegido médico especialista, la elección deberá mantenerse durante todo el proceso patológico de que se trate. El usuario No podrá volver ejercer ese derecho, salvo que sea por otro proceso.
- En los casos de procesos de larga duración la elección será por un período mínimo de doce meses.
- No es posible la elección simultánea de varios facultativos para el mismo proceso.

LIBRE ELECCIÓN DE HOSPITAL PÚBLICO

Toda persona que esté pendiente de una intervención quirúrgica en un Hospital Público Andaluz, puede elegir cualquiera de los Centros Hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud, para que le realicen su intervención.

- Es IMPRESCINDIBLE estar incluido en la lista de espera quirúrgica de algún hospital del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- A través de un dispositivo de Atención Telefónica (955-545060) que funciona 24 horas al día, 365 días al año, cualquier usuario que se encuentre en esta situación puede recibir información sobre alternativas en la asistencia a su proceso y ejercer el derecho de optar por un Hospital público distinto al suyo, encargándose este dispositivo de los trámites administrativos necesarios para formalizar el cambio.
- Deberá tener presente, cuando vaya a realizar la solicitud, el DNI, Tarjeta Sanitaria o Cartilla de la Seguridad Social y Número de Historia Clínica.
- Una vez realizado el cambio, ambos hospitales (de origen y de destino) se coordinarán y se pondrán en contacto con el paciente facilitándole la primera cita en el Hospital elegido.

Los transportes que puedan originarse como consecuencia de la aplicación de este Decreto se registrarán por lo establecido en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

NO CORRESPONDE TRANSPORTE SANITARIO CON CARGO AL S.A.S. en las siguientes circunstancias:

- Pacientes del Hospital Universitario Reina Sofía que acuden a otros Centros Sanitarios, en ejercicio de su derecho a la Libre Elección de Médico y Hospital (para consultas externas) o de Libre Elección de Hospital para Intervención Quirúrgica.
- Pacientes de otras áreas hospitalarias que acuden a nuestro Hospital, en ejercicio de su derecho a la Libre Elección de Médico y Hospital (para consultas externas) o de Libre Elección de Hospital para Intervención Quirúrgica.
- Salvo que, por causas médicas que, a juicio del facultativo, le impidan o incapaciten para la utilización del transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

La segunda opinión médica es un derecho de las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud cuando estas padecen una enfermedad diagnosticada como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto conlleva un elevado riesgo vital.

Cuando una persona solicita una segunda opinión médica, y esta resulta estimatoria según lo establecido en la normativa, un facultativo experto estudia la información procedente de su historia clínica y emite un informe que se envía directamente a la persona solicitante, o a quien esta haya autorizado para actuar en su nombre.

En el supuesto en que un equipo de profesionales expertos proponga un tratamiento alternativo, se ofrece a la persona solicitante una relación de centros sanitarios donde pueden aplicarle el tratamiento propuesto, si lo considera conveniente.

El ejercicio del derecho está reconocido a las personas residentes en Andalucía, con aseguramiento sanitario público y que cumplan, además, con otros **requisitos**:

- Que en la persona solicitante se de alguna de las circunstancias clínicas correspondientes a los diagnósticos recogidos en la normativa.
- Que no se requiera un tratamiento urgente o inmediato.
- No haber efectuado anteriormente, la persona solicitante o su representante, otra solicitud de segunda opinión médica para el mismo proceso asistencial.
- La enfermedad o el tratamiento propuesto para la persona solicitante le ha sido diagnosticado en cualquier centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud.

Las personas interesadas en solicitar una segunda opinión médica pueden dirigirse a la Unidad de Atención a la Ciudadanía de su [centro](#) para obtener asesoramiento y cursar su solicitud. Profesionales de esta unidad facilitarán la información y documentación necesaria para realizar la solicitud. En el caso de que no sea posible por las circunstancias podrán informar de otras alternativas existentes.

HOJA DE CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO HABITUAL

Su medicación es importante

Durante su ingreso hospitalario es importante mantener su tratamiento habitual. Necesitamos conocer qué tratamiento está tomando de forma precisa.

Detalle toda la medicación que toma

Escriba en la hoja que le entregamos toda la medicación que toma, tanto medicamentos como hierbas medicinales. Si no puede rellenarla solo, pida ayuda a algún familiar, su farmacia habitual o su médico del centro de salud.

Traiga este documento cada vez que acuda al centro

Hasta el ingreso que tiene programado, traiga consigo este documento cada vez que acuda al centro, especialmente cuando acuda a la consulta del anestesiista y el mismo día del ingreso. Salvo que el médico le indique lo contrario no traiga ninguna medicación al centro.

Una vez ingresado, el hospital se encargará de su medicación

Una vez ingresado no tome medicación por su cuenta. La enfermera le dará la medicación que el médico le haya prescrito. Algunos medicamentos pueden cambiar durante su estancia; otros puede que se suspendan temporalmente.

Hable, pregunte cuanto crea conveniente

Infórmese sobre la medicación que toma y cómo debe tomarla, especialmente antes del alta. Pregunte a su enfermera, al médico o farmacéutico cualquier duda.

Antes del alta, asegúrese de que conoce la medicación que debe seguir tomando

Asegúrese de que conoce qué medicamentos debe seguir tomando y cuáles no. Algunos medicamentos necesitan condiciones especiales de dispensación como visado o son de uso hospitalario. Asegúrese de saber cómo tomar la medicación y como conseguirla; pregunte cualquier duda.

