

APRENDER A VIVIR:

ESCUELA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN



Talleres semanales con horario de
11.00 a 12.30 h. Mayo-junio 2022

BIENVENIDO A LA ESCUELA DE PACIENTES DE CÁNCER DE PULMÓN:

Coordinadores: Dra. Lara Iglesias, Dr. Javier Baena y D^a. Sagrario Alegre

TALLER 1: ¿Cómo funciona el aparato respiratorio?

Tipos de cáncer. Coach y Paciente: Cómo convivir con el cáncer

24 de mayo | 11.00 a 12.30 h.

- Introducción a la escuela: Dra. Lara Iglesias 11
- Cómo funciona el aparato respiratorio. Síntomas secundarios del cáncer de pulmón. Fisioterapia respiratoria: Dr. Fernando Revuelta 38
- Tipos de cáncer de pulmón: Dra. Ana Enguita 39
- Coach y Paciente: Cómo convivir con el cáncer: Dr. José Manuel Hernández

TALLER 2: Vida sexual y relaciones de pareja

31 de mayo | 11.00 a 12.30 h.

- Sexualidad Femenina: Dra. Alba Bartolomé 43
- Sexualidad Masculina: Dr. Borja García 51

TALLER 3: Hábitos de vida saludables

7 de junio | 11.00 a 12.30 h.

- Nutrición, hábitos de vida y medicinas alternativas: Dr. Rodrigo Sánchez 71
- Beneficio del ejercicio físico: Dña. Lucía Gil 73

TALLER 4: Tipos de tratamiento y efectos secundarios

14 de junio | 11.00 a 12.30 h.

- Tratamiento local: Radioterapia: Dra. Sara Pedraza 77
- Tratamiento local: Cirugía: Dr. José Carlos Meneses 80
- Tratamiento Sistémico en Cáncer de Pulmón: Dr. Javier Baena 96
- Cuidados y toxicidades de los tratamientos sistémicos: Dña. María Dolores Pérez 107

TALLER 5: Ensayos Clínicos

21 de junio | 11.00 a 12.30 h.

- ¿Qué es un ensayo clínico? ¿Quién puede participar?: Dr. Santiago Ponce y Dña. Sara Gómez 114
- 120

TALLER 6: Asesoramiento sobre prestaciones y cuestiones laborales.

Información sobre recursos de la AECC

30 de junio | 11.00 a 12.30 h.

- Trabajadora Social. Dña. Beatriz Arévalo 122
- AECC: Dña. Sagrario Alegre 125



Dr. Fernando Revuelta

FEA Neumología. Unidad de Endoscopia respiratoria.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

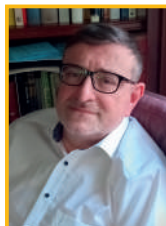
11



Dra. Ana Enguita

Médico Adjunto de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

38



Dr. José Manuel Hernández

Profesor Facultad de Psicología.
Director del Centro de Psicología Aplicada.
Universidad Autónoma de Madrid.

39



Dra. Alba Bartolomé

Médico Adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

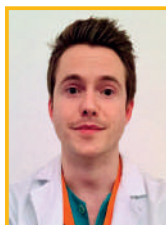
43



Dr. Borja García

Servicio de Urología.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

51



Dr. Rodrigo Sánchez

Facultativo Especialista Oncología Médica.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

71



Dña. Lucía Gil

Especialista en ejercicio físico y cáncer. Unidad ejercicio físico oncológico: Asociación española contra el cáncer.

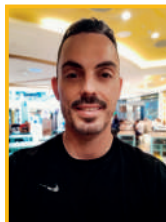
73



Dr. Sara Pedraza

Trabajadora social.
Servicio de Oncología médica, Oncología radioterápica y Hematología.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

77



Dr. José Carlos Meneses

Cirujano Torácico.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

80



Dr. Javier Baena

Oncología Médica. Unidad de Tumores Torácicos y Fases 1.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

96



Dña. María Dolores Pérez

Supervisora Hospital de día de Oncología médica.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

107



Dr. Santiago Ponce Aix

Medicina de precisión, departamento de innovación terapéutica en fase precoz (DITEP).
Instituto Gustave Roussy.
Coordinador científico de la Fundación OncoSur.

114



Dña. Sara Gómez

Supervisora Hospital de día de Oncología médica.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

120



Dña. Beatriz Arévalo Suárez

Trabajadora social.
Servicio de Oncología médica, Oncología radioterápica y Hematología
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

122



Dña. Sagrario Alegre Alonso

Coordinadora de voluntariado de la AECC.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

125



Dra. Lara Iglesias

Servicio de Oncología Médica.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.
Coordinadora de docencia de la Fundación OncoSur.



Dña. Mª Eugenia López Muñoz

Directora de la Fundación OncoSur.

QUÉ ES Y QUÉ HACE ONCOSUR

OncoSur es una **fundación integrada por profesionales sanitarios y de otros ámbitos que unen sus esfuerzos para mejorar la atención a los pacientes con cáncer**. Para ello, colaboran en tres áreas de actividad:

- **Asistencia al paciente**, tanto en lo que se refiere a la mejora de la calidad de su tratamiento como a la de su calidad de vida.
- **Docencia**, para la formación continuada y el intercambio de conocimientos de los diferentes especialistas que atienden a los pacientes.
- **Investigación**, a fin de avanzar en el desarrollo de nuevas terapias para los diversos tipos de cáncer.



OBJETIVOS Y FILOSOFÍA DE TRABAJO

El **objetivo principal** de OncoSur, como reza su definición, **es mejorar la atención a los pacientes con cáncer**. Para conseguirlo, aplica una filosofía de trabajo caracterizada por **dos objetivos secundarios**:

1. De cara al conjunto de los pacientes con un tipo de cáncer determinado: **estandarizar la asistencia que reciben en todos los centros hospitalarios**, en línea con el propósito de equidad en que se basa el Sistema Nacional de Salud (SNS).
2. De cara a cada paciente oncológico individual: **facilitar su acceso precoz a fármacos que, para el tratamiento de su tipo de cáncer, se encuentran en proceso de investigación en ensayos clínicos**.

Esta filosofía de trabajo puede resumirse en la idea según la cual **no hay nada para mejorar la atención al paciente oncológico como poner a su disposición cuanto antes las nuevas terapias para el tipo de cáncer que padece**. Respecto al SNS, tal idea conlleva que las mejoras científicas y tecnológicas en el ámbito de la Oncología se incorporen:

- a) lo más rápidamente posible a la asistencia de los pacientes con cáncer, pasando de los protocolos teóricos a la práctica real, y
- b) en igualdad de condiciones entre todos los pacientes, con independencia del centro hospitalario en el que atiendan a cada uno de ellos.

De hecho, según la actual literatura científica en Oncología, **entre los posibles tratamientos disponibles para los pacientes con un determinado tipo de cáncer, debería priorizarse el que pudieran recibir mediante su participación en un ensayo clínico**.

Para que esta situación efectivamente se generalice y cada vez sean más los ensayos clínicos en Oncología y los pacientes participantes en ellos, OncoSur aboga, entre otras iniciativas, por:

- a) **el recurso a las técnicas de diagnóstico oncológico más avanzadas**, como el diagnóstico molecular mediante análisis genómico profundo, que permite el análisis simultáneo de miles de genes de un paciente susceptibles de estar involucrados -por mutaciones u otras causas- en el desarrollo de un tumor.
- b) **la valoración del paciente por un Comité Científico**, como el de la propia OncoSur, a fin de indicarle la mejor terapia disponible para su caso individual o facilitar su acceso a un ensayo clínico en el que pueda recibirla.

Iniciativas como éstas, que afinan en la indicación del tratamiento más adecuado para cada paciente, agilizando tal proceso, suponen, evidentemente, un **ahorro de costes para el SNS en pruebas diagnósticas y fármacos**.



ACERCA DE ROCHE

Roche es una empresa internacional, pionera en la investigación y el desarrollo de medicamentos y productos para el diagnóstico, cuyo fin es hacer avanzar la ciencia y mejorar la vida de las personas. La fortaleza que supone la integración de las áreas farmacéutica y diagnóstica bajo un mismo techo, así como la creciente capacidad en el área de conocimientos médicos basados en el análisis de datos favorece que Roche brinde una atención médica verdaderamente personalizada. Roche está trabajando con partners de todo el sector de la salud para brindar la mejor atención a cada persona.

Roche es la mayor empresa biotecnológica del mundo, con medicamentos auténticamente diferenciados en las áreas de oncología, inmunología, enfermedades infecciosas, oftalmología y neurociencias. Roche también es el líder mundial en diagnóstico *in vitro* y diagnóstico histológico del cáncer, y se sitúa a la vanguardia en el control de la diabetes. En años recientes, Roche ha invertido en perfiles genómicos y datos del mundo real y se ha convertido en un socio líder en la industria para información médica.



<https://www.roche.es>



TALLER 1



¿Cómo funciona el aparato respiratorio? Tipos de cáncer. Coach y paciente: ¿Cómo convivir con el cáncer?

24 de mayo | 11.00 a 12.30 h.

Cómo funciona el aparato respiratorio. Síntomas secundarios del cáncer de pulmón. Fisioterapia respiratoria

Dr. Fernando Revuelta

FEA Neumología. Unidad de Endoscopia respiratoria.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Cómo funciona el aparato respiratorio

- Estructuras del sistema respiratorio: vía aérea, alveolo, musculatura inspiratoria y espiratoria y vascularización.
- Funciones del aparato respiratorio: Respirar, defensa del organismo (tos, sistema mucociliar y macrófagos alveolares), fonación, almacén de sangre y depurador de la misma, termoregulación, olfato, inhalación de fármacos y otras.

Síntomas secundarios del cáncer de pulmón

- Disnea: Puede deberse a deshabitación física, broncoespasmo, anemia, neumonía, derrame pleural, obstrucción maligna de la vía aéreas. Comentar un poco los tratamientos. Destacar el papel de la morfina y la oxigenoterapia.

- Tos: Descartar otras causas tratables. Opioides.
- Hemoptisis: Escalar riesgo de la misma y el distinto manejo terapéutico en función de la gravedad.
- Derrame pleural y tratamientos (toracocentesis evacuadoras, pleurodesis o catéteres tunelizados).
- Dolor torácico. Escala analgésica de la OMS y radioterapia en ciertas circunstancias.
- Pérdida de apetito y peso. Consejos nutricionales y tratamiento farmacológico.
- Tratamientos más habituales. Inhaladores. Dispositivos de oxigenoterapia. Pleurx.

Fisioterapia respiratoria

- Beneficios y objetivos que intentamos obtener con la rehabilitación.
- Ejercicios que deben componer una rutina de fisioterapia respiratoria. Calentamiento. Ejercicios respiratorios incluyendo uso de dispositivos como el powerbreathe. Ejercicios de fuerza. Drenaje de secreciones. Ejercicios de relajación.
- Dispositivos y apps útiles que pueden utilizarse.
- Cómo debería ser una tabla de ejercicios de fisioterapia respiratoria y cómo debe registrarse.

APRENDER A VIVIR:

**ESCUELA DE PACIENTES
CON CÁNCER DE PULMÓN**

CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO. SINTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMÓN. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.

Dr. FERNANDO REVUELTA SALGADO

FEA NEUMOLOGÍA UER

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Co-organizadores:

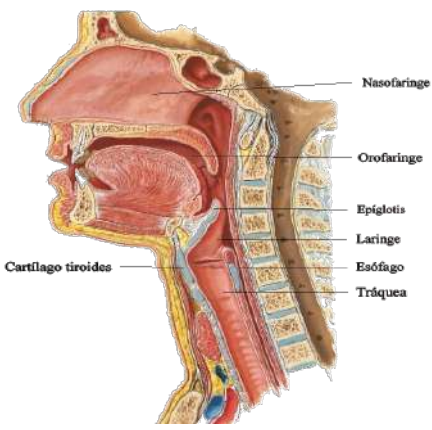


CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO

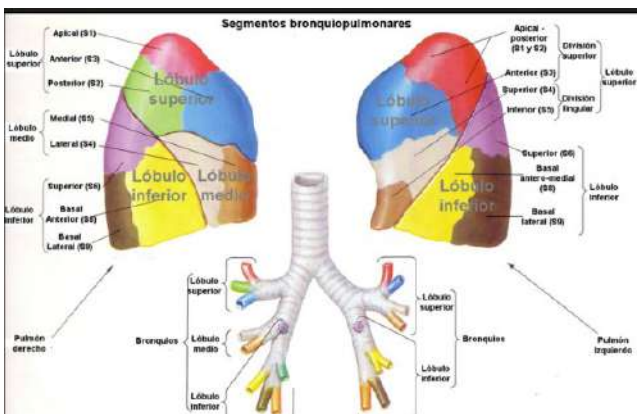
- VÍA AÉREA
- MUSCULATURA RESPIRATORIA
- VASCULARIZACIÓN PULMONAR



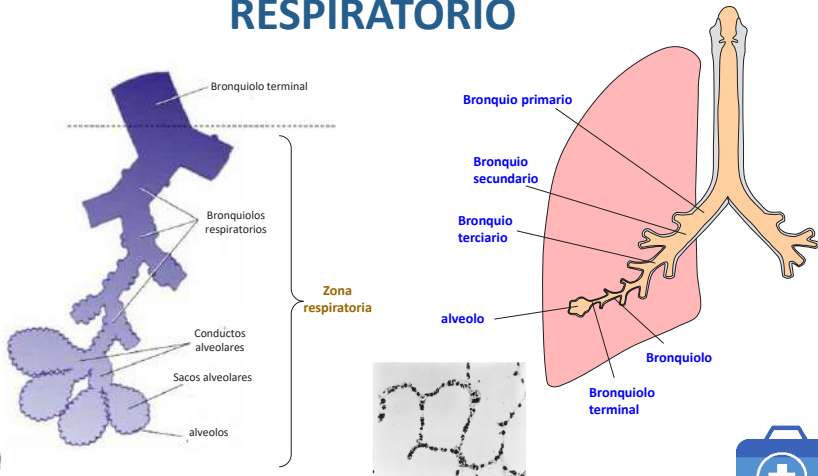
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



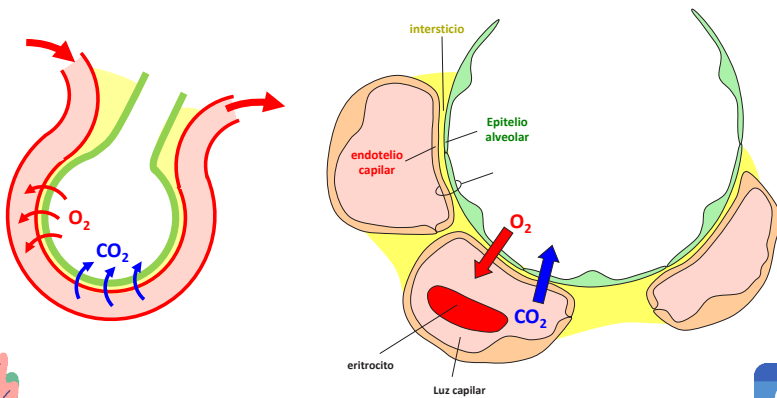
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



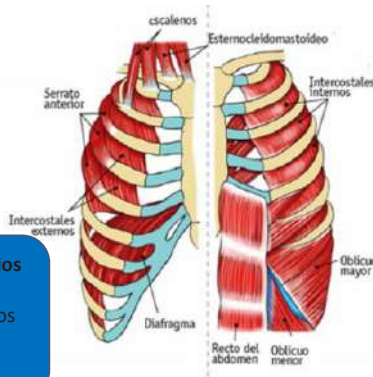
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



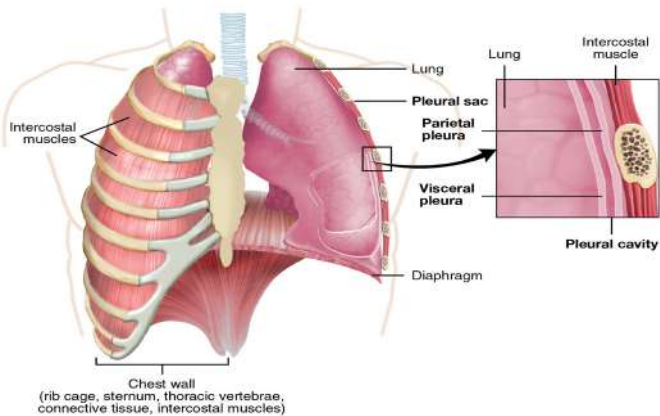
Músculos inspiratorios

- Diafragma
- Intercostales internos
- Escalenos
- ECM

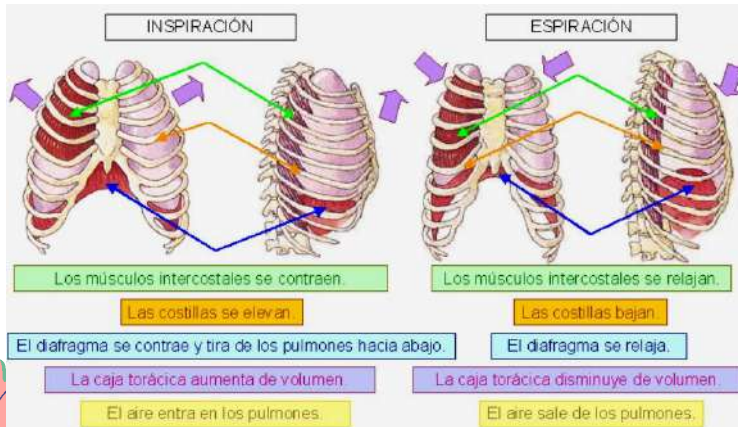
Músculos espiratorios

- Intercostales internos
- Oblicuo externo
- Recto del abdomen

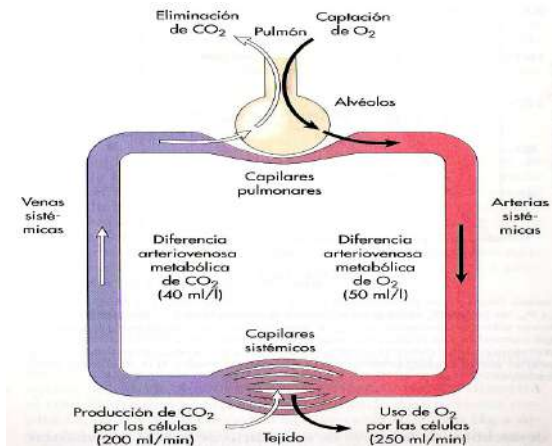
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



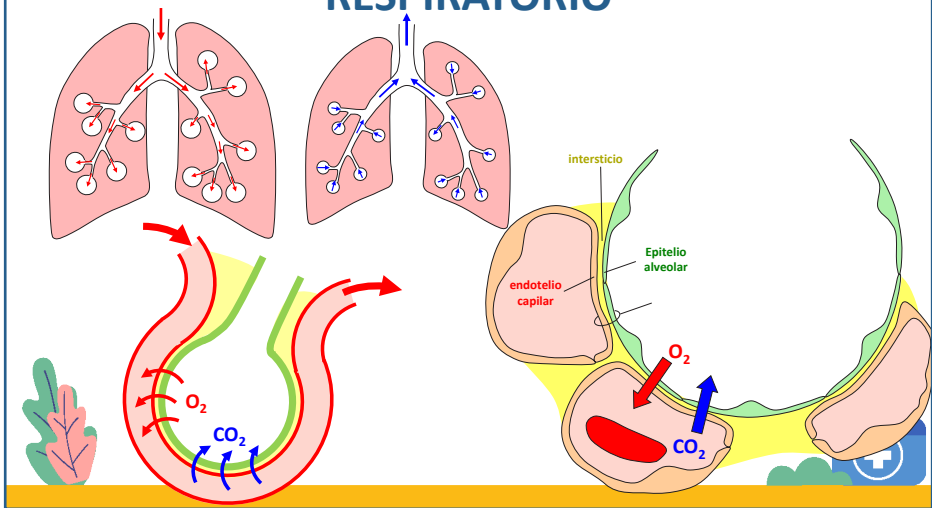
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



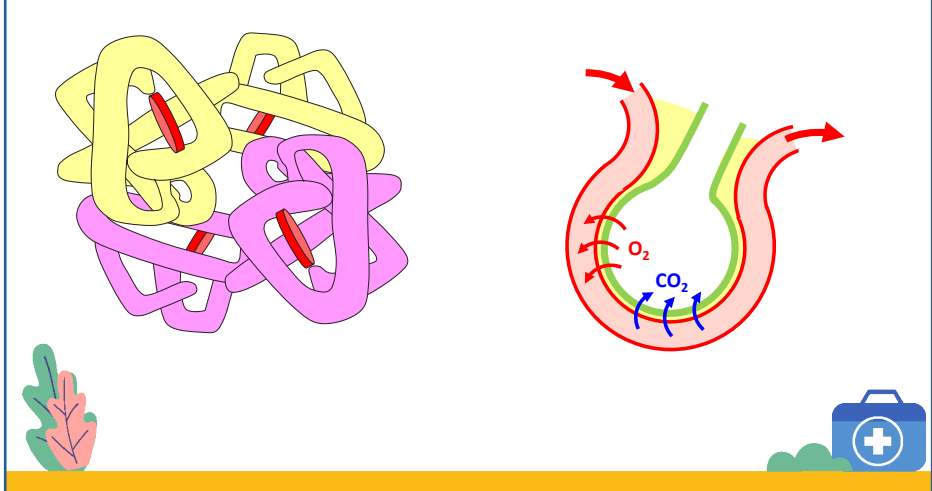
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



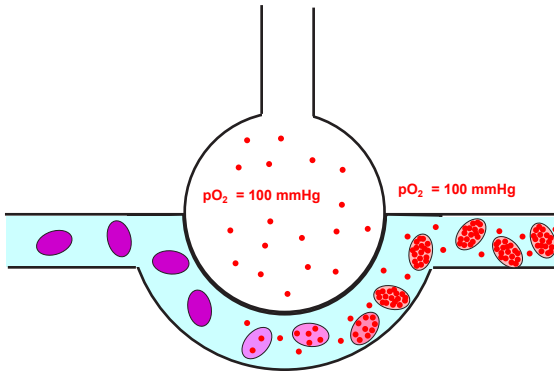
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



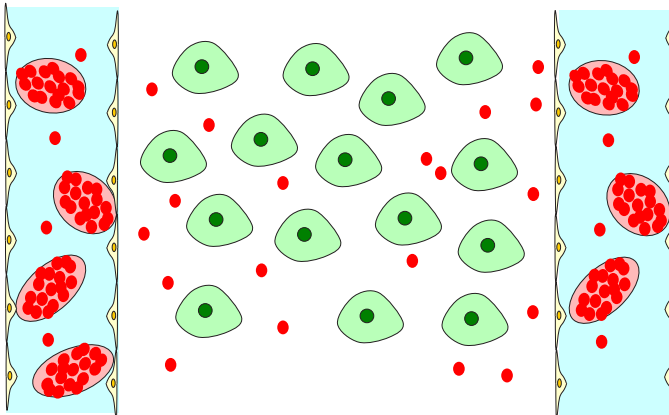
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



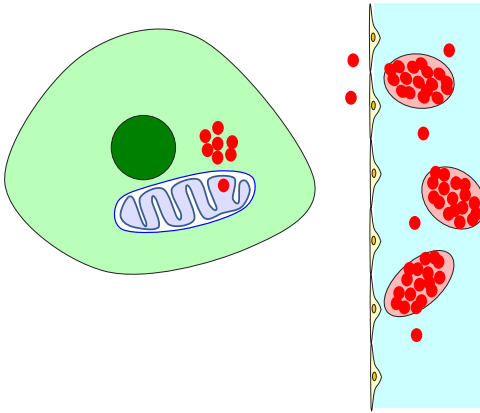
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



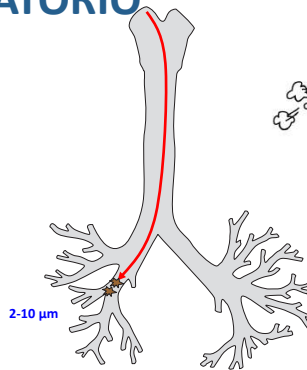
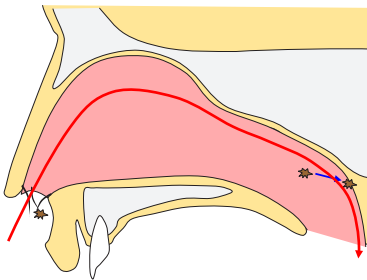
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO

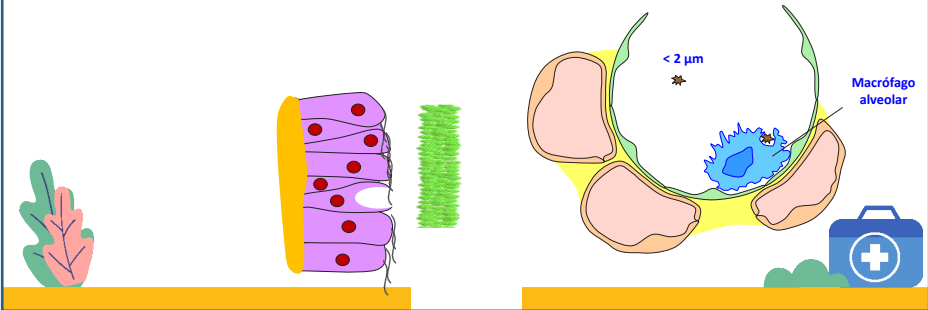


CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO

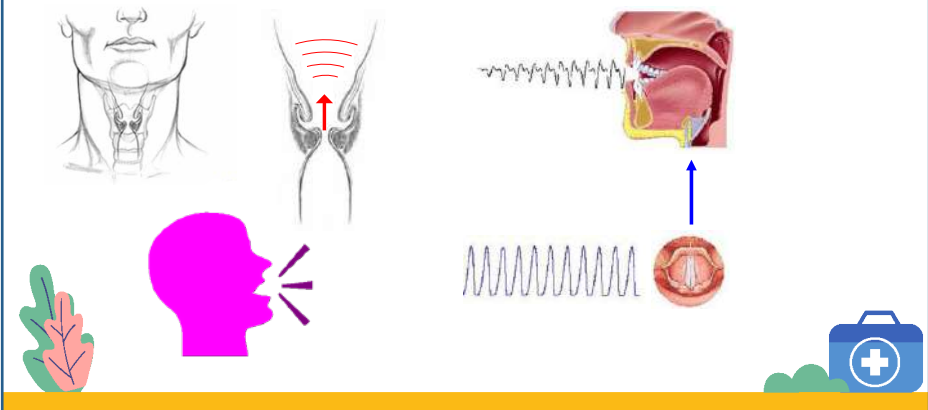


CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO

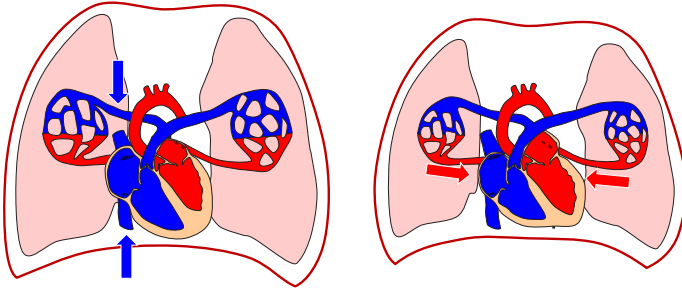
- Sistema mucociliar
- Macrófagos alveolar



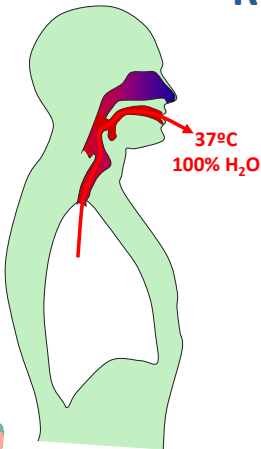
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



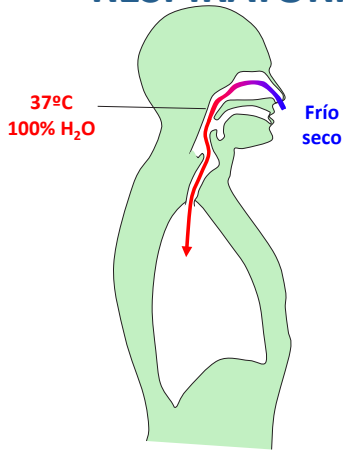
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



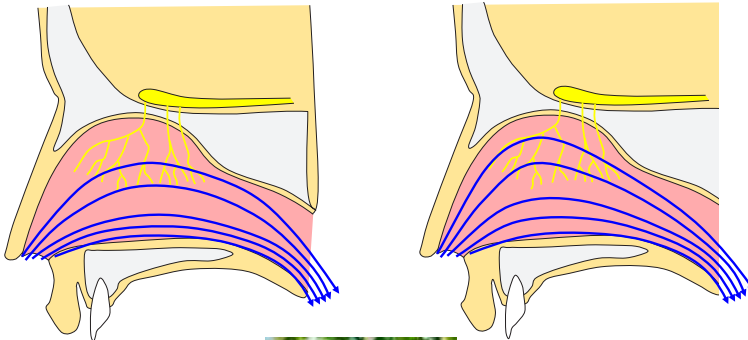
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



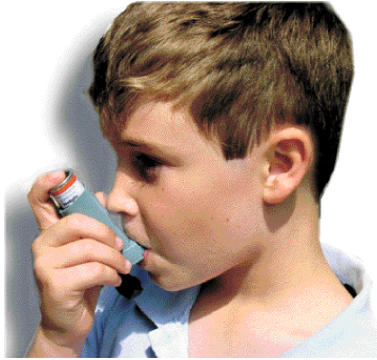
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



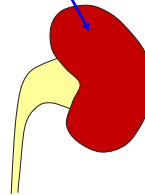
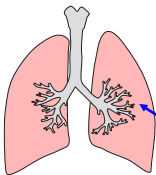
CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



CÓMO FUNCIONA EL APARATO RESPIRATORIO



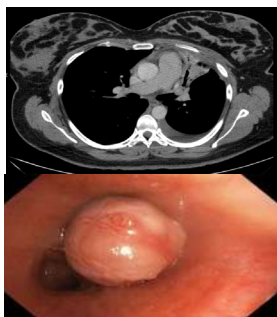
SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Disnea



SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Disnea



SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Disnea



SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Tos

- Tratar posibles causas reversibles (atelectasia, goteo postnasal, broncoespasmo, EPOC, ERGE...)
- Opioides.



SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Hemoptisis

LEVE

- Reposo absoluto.
- Ayunas.
- Antibioterapia
- Oxígeno suplementario
- Anchafibrin nebulizado, oral o intravenoso.



GRAVE

- Intubación.
- Broncoscopia.
- Embolización.
- Cirugía.



SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Derrame pleural



- Toracocentesis evacuadora
- Pleurodesis
- Cateter pleural permanente



SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Derrame pleural



SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Derrame pleural



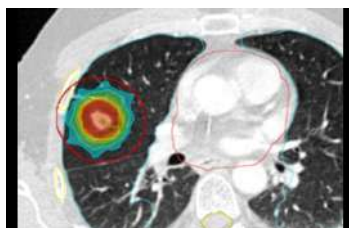
SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Derrame pleural



SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Dolor torácico



SÍNTOMAS SECUNDARIOS DEL CÁNCER DE PULMON

Perdida de peso y apetito

- Tratar posibles causas reversibles (dolor, náuseas, vómitos, estreñimiento y problemas bucales, como candidiasis orofaríngea o úlceras).
- Consejos dietéticos, como comidas frecuentes y de poca cantidad, a gusto del paciente.
- Acetato de megestrol (320-480 mg/día sin pasar de 800 mg).



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

- Aumenta supervivencia.
- Mejorar la disnea.
- Mejorar la capacidad de ejercicio.
- Mejorar la calidad de vida relacionada.
- Disminuye complicaciones e ingresos hospitalarios.
- Mejora el bienestar emocional.
- Facilita la independencia en las actividades diaria.



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA



Comunidad de Madrid

RECOMENDACIONES AL ALTA DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EPOC

Marta Sánchez Cortés
Fisioterapeuta
Hospital 12 Octubre



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA



Créditos

Elaboración de la Oula

Adela Gómez González, SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA
Francisco Martín Sánchez, SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Adaptación de contenidos

Noriega García Torres, ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Noriega López Martín, ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Grupo de Revisión

Marta Cruz Piqueras*, Marta Escudero Carrietero*, Rafael López Cortés**, Manuela López Doblas*,
Juan Carlos Martín Cerdá*, Arriola Martín Benito*, Encarnación Paredes**, Mª Angeles Prieto Rodríguez*,
David Prieto Rodríguez*, Arriola Ruiz Azarola*, Paloma Ruiz Román*,
2 pacientes con diferentes experiencias sobre la enfermedad.

Diseño y maquetación: Mónica García Jiménez

Ilustraciones: Laura Modorra Rubio

Imprenta: Imprenta Digital Gerni

Deposito Legal: GR 3471-2009

ISBN: 978-84-87385-49-5

* Escuela Andaluza de Salud Pública

** Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías, Consejo de Salud, Junta de Andalucía



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

EJERCICIOS RESPIRATORIAS



Respiración con labios fruncidos

Coja el máximo de aire por la nariz, de forma lenta y profunda, inflando el abdomen y después échelo por la boca de forma suave, como si soplara.

Respiración
diafragmática



Expansión costal

Levante los brazos hasta la horizontal respirando por la nariz y baje los brazos echando el aire por la boca.

Suspiro
fisiológico



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

EJERCICIOS RESPIRATORIAS



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

CALENTAMIENTO



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

EJERCICIOS DE FUERZA

Flexo-extensión de codos



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA



1. Para ejercitar las piernas

Busque un asiento cómodo, ponga el pedalier en el suelo, delante de sus piernas y haga el ejercicio de la bicicleta con este aparato.



2. Para ejercitar los brazos

Ponga el pedalier en una mesa, y realice ejercicios de pedaleo con los brazos de forma suave y progresiva, de 10 a 15 minutos por la mañana y por la tarde.



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Eliminación de secreciones



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Eliminación de secreciones

- **Ejercicio con botella:** Cogemos el aire por la nariz y soplamos por la botella. 6 veces.

Retiramos la pajita y repetimos el empuje y la tos.

Todo 3 veces.



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Eliminación de secreciones

- **Ejercicio con boquilla:** Cogemos el aire por la nariz y lo echamos por la boquilla. 6 veces

Retiramos la boquilla y hacemos un empuje fuerte, un vaho fuerte y rápido. Tos

Se repite todo 3 veces



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Semana nº	1	2	3	4	5	6	7	8
Minutos mañana/tarde	5	10	15	20	25	30	30	30

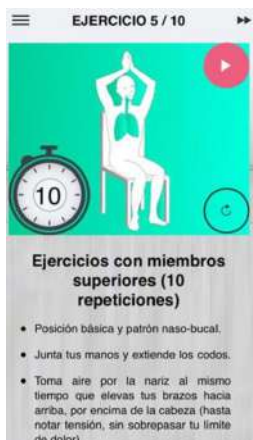
RECUERDE: No pase a la fase siguiente si no tolera la anterior.



SEMANA 1					
FECHA	RESPIRATORIOS	CALENTAM.	PESAS	SECRECIONES	CAMINATA/ BICI



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA



Ejercicios con miembros superiores (10 repeticiones)

- Posición básica y patrón naso-bucal.
- Junta tus manos y extiende los codos.
- Toma aire por la nariz al mismo tiempo que elevas tus brazos hacia arriba, por encima de la cabeza (hasta notar tensión, sin sobrepasar tu límite de dolor).

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

APRENDER A VIVIR:
ESCUELA DE PACIENTES
CON CÁNCER DE PULMÓN



Hospital Universitario
12 de Octubre

AGRADECIMIENTOS: DR. ANGEL LUÍS GARCÍA VILLALÓN POR MUCHAS DE LOS GRÁFICOS UTILIZADOS
EN LA PRESENTACIÓN Y AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN HU120.



TALLER 1



¿Cómo funciona el aparato respiratorio? Tipos de cáncer. Coach y paciente: ¿Cómo convivir con el cáncer?

24 de mayo | 11.00 a 12.30 h.

Tipos de cáncer de pulmón

Dra. Ana Enguita

Médico Adjunto de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Introducción

El cáncer de pulmón supone la primera causa de muerte por cáncer en España.

En el momento actual, se cuenta con gran cantidad de terapias dirigidas que aumentan el tiempo libre de progresión y la supervivencia de los pacientes, basándose en la medicina personalizada.

Para poder establecer el pronóstico y los tratamientos dirigidos, los médicos especialistas en Anatomía Patológica han implementado en sus servicios todos aquellos biomarcadores e inmunomarcadores que son imprescindibles para establecer el diagnóstico y tratamiento más adecuada del paciente.

Los patólogos forman parte del equipo multidisciplinar, encargándose del diagnóstico histológico y molecular de los paciente y estableciendo sus posibles dianas para un tratamiento más adecuado.



TALLER 1



¿Cómo funciona el aparato respiratorio? Tipos de cáncer. Coach y paciente: ¿Cómo convivir con el cáncer?

24 de mayo | 11.00 a 12.30 h.

Coach y Paciente: Cómo convivir con el cáncer

Dr. José Manuel Hernández

Profesor Facultad de Psicología de la
Universidad Autónoma de Madrid.

Director del Centro de Psicología Aplicada de la
Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción

Esta ponencia tratará de plasmar la experiencia de una persona en su afrontamiento del cáncer de pulmón.

La estructura de la misma está organizada con base en un recorrido de los diversos hitos que han jalonado dicha experiencia desde el momento en que se producen los primeros síntomas hasta el momento actual de tratamiento con quimioterapia.

De este modo, la ponencia se dividirá en los siguientes apartados:

1. Los primeros malestares.
2. El impacto de la palabra: El diagnóstico.
3. Las pruebas: El hospital como tu nueva “casa”.

4. El inicio del tratamiento: Rumbo a lo desconocido.
5. La evolución del tratamiento y de la enfermedad.
6. La situación actual.

Para vertebrar todos estos momentos, el paciente expondrá su propia manera de afrontar cada uno de ellos, basado en dos grandes pilares: **pensamiento positivo y confianza**. Ello implica un trabajo constante de regulación del pensamiento que, aparentemente, es difícil de lograr, pero que con la suficiente constancia y apoyo por parte de las personas más allegadas se puede conseguir.

APRENDER A VIVIR:
ESCUELA DE PACIENTES
CON CÁNCER DE PULMÓN

Coach y paciente: Cómo convivir con el cáncer

Dr. José Manuel Hernández López
Profesor Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Madrid

Co-organizadores:



Mis dos grandes pilares

Pensamiento positivo (“Enseñar a pensar”)

Confianza



¿De qué voy a hablaros?

- Los primeros malestares.
- El impacto de la palabra: El diagnóstico.
- Las pruebas: El hospital como tu nueva “casa”.
- El inicio del tratamiento: Rumbo a lo desconocido.
- La evolución del tratamiento y de la enfermedad.
- La situación actual.
- El futuro: La vida es maravillosa.





TALLER 2



Vida sexual y relaciones de pareja

31 de mayo | 11.00 a 12.30 h.

Sexualidad Femenina

Dra. Alba Bartolomé

Médico Adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

¿Qué es sexualidad?

La sexualidad es una característica de los seres humanos y está presente a lo largo de toda la vida. No solo incluye el sexo sino las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. La sexualidad cambia a lo largo de la vida y está influida por la interacción de muchos factores (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, históricos, religiosos y espirituales, entre otros).

La salud sexual es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar generales de las personas, las parejas y las familias. Por eso es importante abordar los problemas que puedan surgir en torno a la sexualidad.

Las relaciones eróticas pueden ser muy variadas. No se refieren solo al coito, sino que los besos, abrazos, caricias, masajes y otras muchas prácticas también pueden ser muestras de intimidad y sexualidad.

En la mujer, el principal órgano sexual para el placer es el clítoris. Otras estructuras de la vulva como los labios menores también son eréctiles y tienen una gran sensibilidad. Pero no debemos olvidar que todo el cuerpo tiene potencial erótico y que el placer puede estimularse en cualquier zona y con todos los sentidos (tacto, gusto, olfato, oído y vista).

¿Cómo afecta el cáncer?

El cáncer, como otros procesos vitales, tiene consecuencias sobre la sexualidad. El diagnóstico puede generar sentimientos de miedo, rabia, tristeza o ansiedad que interfieran con la sexualidad y estos sentimientos pueden afectar también a la pareja. En la mujer los cambios físicos y psicológicos derivados del cáncer o de los tratamientos implicados pueden provocar, entre otros, cansancio, inseguridad sobre la imagen corporal, disminución del deseo sexual, falta de lubricación, molestias o dolor con las relaciones sexuales, disminución de la sensibilidad o dificultad para el orgasmo.

Las dificultades sexuales en las personas que se encuentran en un proceso oncológico son frecuentes, pero la mayoría no consultan a sus sanitarios por este motivo. A su vez, algunos sanitarios esperan a que sea el paciente quien inicie esta conversación. Es importante comunicar las preocupaciones sobre la sexualidad a los profesionales para que puedan ayudarnos a encontrar soluciones.

¿Cómo seguir disfrutando?

La sexualidad después del cáncer puede cambiar respecto a lo que conocíamos, pero es posible potenciar otras formas de sexualidad para encontrar lo que produce placer a cada persona. Es recomendable no afrontar estos cambios desde la autoexigencia, sino desde el afecto, la comunicación, la paciencia y la creatividad, además de reservar tiempo y espacio para redescubrir nuestra sexualidad.

El deseo sexual:

El deseo sexual espontáneo puede estar disminuido, no solo por el cáncer sino por otros procesos vitales. Sin embargo, el deseo sexual se puede potenciar de muchas formas. No hay que olvidar que es más fácil “desear” algo no

potenciar de muchas formas. No hay que olvidar que es más fácil “desear” algo no nos produce bienestar. No obstante, muchos factores físicos o psicológicos pueden influir sobre el deseo. Puede resultar útil identificar los aspectos “facilitadores” de los “inhibidores” para cada persona. Los profesionales pueden ayudarnos en caso de dificultades en este aspecto.

Síntomas genitales en las mujeres:

- **Sequedad y atrofia vulvar y vaginal:** Algunos tratamientos, como la quimioterapia, o la menopausia van a producir sequedad y disminuir la lubricación natural. Es importante utilizar hidratantes vulvares y vaginales de forma constante, independientemente de que se tengan relaciones sexuales o no. Los lubricantes pueden resultar imprescindibles para las relaciones sexuales. La propia actividad sexual previene la atrofia de los tejidos. Existen otros tratamientos que deben ser indicados por un especialista.
- **Disminución de la sensibilidad:** Puede aparecer como consecuencia de los tratamientos y puede ser necesaria una estimulación más intensa.
- **Dolor genital:** No deben realizarse prácticas sexuales que resulten dolorosas, puesto que el objetivo es disfrutar. Si aparece, es conveniente consultar con un profesional para realizar una valoración específica.

Imagen corporal:

Es posible que se produzcan cambios corporales durante el proceso oncológico. Estos cambios pueden generar problemas de autoestima y que la mujer no se sienta atractiva. Consulta en tu entorno, pues otras personas pueden ayudarte a encontrar las mejores opciones para ti con las que sentirte mejor. Háblalo también con tu pareja en caso de tenerla.

Comunicación en pareja:

Si la mujer está en una relación, los cambios mencionados pueden llevarla a distanciarse de la pareja para evitar las relaciones sexuales. La pareja puede sentirse rechazada y a su vez evitar el acercamiento erótico para “no presionar”, lo que puede facilitar sentimientos de inseguridad en la mujer, que no se siente atractiva o deseada. Ambas pueden acabar evitando el contacto físico y otras formas de intimidad, por eso es crucial fomentar la comunicación en la pareja (hablar de lo que nos ocurre, cómo nos sentimos, lo que

comunicación en la pareja (hablar de lo que nos ocurre, cómo nos sentimos, lo que nos gusta y lo que no o lo que queremos conseguir) para poder seguir disfrutando.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1.
2. Reisman, Y; Gianotten, W.L. Cancer, Intimacy and Sexuality. A Practical Approach. Springer, 2017.
3. Gianotten WL, Meihuizen-de Regt MJ, van Son-Schoones N, editors. Sexuality in disease in physical impairment. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2008.
4. Basson R. Human sex-response cycles. J Sex Marital Ther. 2001.
5. Anne Katz. Woman Cancer Sex. 2º Ed. Routledge. 2021.

APRENDER A VIVIR: ESCUELA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

Vida sexual y relaciones de pareja: Sexualidad en la mujer con cáncer de pulmón

Dra. Alba Bartolomé Mateos

Médico Adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología

Hospital 12 de Octubre

Co-organizadores:



¿Qué es sexualidad?



Ref: Organización Mundial de la Salud, 2006

Imagen: Alba Bartolomé Mateos



¿Cómo afecta el cáncer?



Ref: Cancer, Intimacy and Sexuality. A Practical Approach. Reisman, Y; Gianotten, W.L. Springer, 2017

Imagen: Alba Bartolomé Mateos

“la nueva sexualidad”

Afecto

Comunicación

Paciencia

Creatividad

Fotografía: Nancy Borowick

Ref: Gianotten WL, Meihuizen-de Regt MJ, van Son-Schoones N, editors. Sexuality in disease in physical impairment]. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2008.

Imagen: Alba Bartolomé Mateos

Deseo

Síntomas
genitales

Imagen
corporal



Imagen: Alba Bartolomé Mateos



Vida sexual

Factores inhibitorios Factores estimulantes

Pensamientos
Creencias
Preocupaciones
Miedos
Ansiedad

Cambios físicos
Personalidad
Cultura y Educación

Sentidos
Factores ambientales
Expectativas realistas
Fantasías
Vínculo
Afecto
Placer
Bienestar
Salud



Ref: Gianotten WL, Meihuizen-de Regt MJ, van Son-Schoones N, editors. Sexuality in disease in physical impairment]. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2008.

Imagen: Alba Bartolomé Mateos



Ejercicios para casa

Investiga, prueba y anota:

1. Cosas/elementos/situaciones/prácticas no sexuales con las que sientes placer.
2. Sensaciones/situaciones/prácticas sexuales/eróticas no genitales con las que sientes placer.
3. Sensaciones/situaciones/prácticas sexuales/eróticas genitales con las que sientes placer.



Suma puntos: todos tienen el mismo valor.

Reto: ¿conseguirás llegar a 100?

Imagen: Alba Bartolomé Mateos



APRENDER A VIVIR: ESCUELA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

Gracias

Dra. Alba Bartolomé Mateos

Médico Adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital 12 de Octubre

alba.bartolome@salud.madrid.org

Co-organizadores:

Co-organizadores
OncoSur





TALLER 2



Vida sexual y relaciones de pareja

31 de mayo | 11.00 a 12.30 h.

Sexualidad Masculina

Dr. Borja García

Servicio de Urología.

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Se trata de un taller orientado a los pacientes que hayan sufrido un cáncer de pulmón. Consta de dos partes:

La que nos ocupa, impartida por un urólogo, va dirigida a varones, y se habla sobre las disfunciones sexuales más frecuentes que afectan a este grupo de personas.

Introducción

Preocupaciones más frecuentes sobre la vida sexual en paciente con cáncer. Particularidades con respecto a la población general.

Definición y prevalencia

Se trata de definir conceptos como la disfunción eréctil, la falta de deseo, la eyaculación precoz, contextualizarlas y conocer cómo de frecuentes son en la población general, y en este grupo en particular.

Diagnóstico

Repaso por los métodos diagnósticos disponibles para catalogar bien el cuadro. ¿Cuáles son realmente necesarios? ¿Qué tipo de especialista puede ayudarme en cada paso?

Tratamiento

Descripción en profundidad de los tipos de tratamiento disponibles para las distintas situaciones clínicas. ¿Cuál es el más adecuado de cada caso?

APRENDER A VIVIR:

ESCUELA DE PACIENTES
CON CÁNCER DE PULMÓN

VIDA SEXUAL Y RELACIONES DE PAREJA

Dr. Borja García Gómez

Servicio de Urología

Hospital Universitario 12 de Octubre

Co-organizadores:

ONCOsur

Roche

Introducción

- Los problemas sexuales son frecuentes, persistentes e importantes en pacientes que han sido tratados de un cáncer.
- La prevalencia cambia según el tipo de tumor y la situación clínica previa, pero se sitúa entre 50-60%.
- Sin embargo, sólo un 25% va a buscar ayuda al respecto (tabú, restricción cultural, falta de confianza en un tratamiento eficaz).



Schover. Climacteric, 2018



Introducción

- Sólo un 60% de los varones refieren haber sido informados sobre los efectos secundarios del tratamiento de índole sexual.
- El 22% de los varones refieren que se les ha ofrecido un tratamiento específico para algún problema sexual.
- >80% estaría satisfecho con que su médico abordara este tema.



Schover. Climacteric, 2018



Problemas más frecuentes

Problema	Tratamiento que incrementa el riesgo	Mecanismo de acción
Pérdida de deseo sexual y problemas de excitación	Quimioterapia a altas dosis. Irradiación craneal Inmunoterapia	Posible daño a centros cerebrales Hipogonadismo Cambios endocrinos Fatiga crónica, dolor crónico.
Disfunción eréctil	Quimioterapia neurotóxica Cirugía pélvica Irradiación pélvica	Disminución de flujo arterial Daño nervioso que impida transmisión de la señal
Dificultad para llegar al orgasmo y experimentar placer	Daño a la médula espinal por el tumor, la cirugía o la radioterapia Síndrome del injerto contra el huésped	Pérdida de sensibilidad fisiológica Efecto secundario de la pérdida de deseo y dolor.



Schover. Climacteric, 2018



Disfunción eréctil. Definición

- **Incapacidad persistente o repetida para conseguir una erección con suficiente rigidez que permita una relación sexual satisfactoria.**
- Duración mínima de **3 meses**, salvo en los casos de DE secundaria a traumatismo o posquirúrgica, o si el paciente vive la situación como un problema, para descartar trastornos temporales.
- El 30-70% de los varones con disfunción eréctil sufren **estrés** por esta causa.

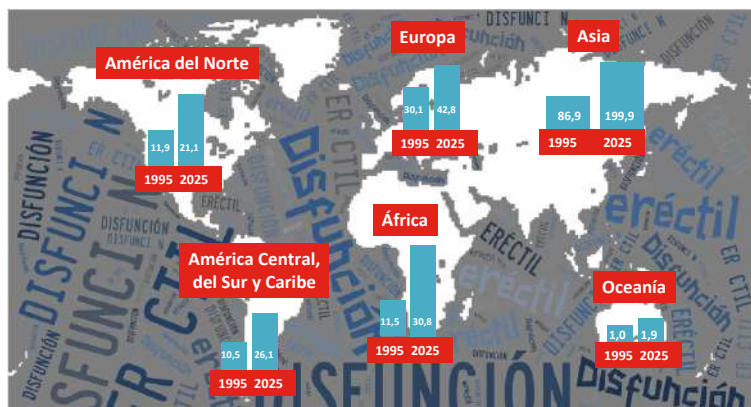


Disfunción eréctil. Prevalencia

- **El estudio EDEM (España 2001):**
 - Prevalencia de un **19%**, que aumenta con la edad.
 - **25-39** años, 8,6%; de **40-49** años, 13,7%; de **50-59** años, 24,5%; y de **60-70** años, 49%.
 - **Estudio MMAS (Massachusetts Male Aging Study)**
 - Prevalencia en varones de **40-70 = 52%**.
 - **40** años-39 %.
 - **70** años-67%.
- Incidencia: 26 casos/1000 varones/año.



Disfunción eréctil. Prevalencia



Causas

- **VASCULAR (60-80%):** la más frecuente, en relación con arteriosclerosis, enfermedad coronaria, HTA, hiperlipemia, diabetes, tabaquismo.
- Otras causas vasculares: enfermedad de Peyronie, fracturas pélvicas, traumatismos, secuelas de radioterapia, secuelas del priapismo.
- Causas neurológicas: DM, cirugía pélvica.
- Causas hormonales: déficit de testosterona, medicamentos.

Causas

Enf CV/IM, Ictus y DE tienen los mismos factores de riesgo



Edad

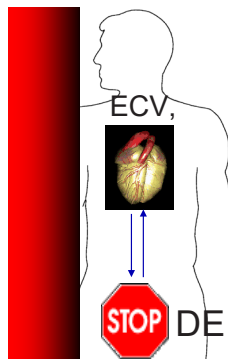
Diabetes mellitus

Hipertensión

Dislipemia

Abuso nicotina

Arterioesclerosis



Presentación clínica

Disfunción
Eréctil

Isquemia silente
estable/ Angina
inestable, IM

T.I.A.
Ictus

Claudicación
Intermitente



Arteria
Peneana
(1 - 2)



Coronaria
descendente
anterior
(3 - 4)



Carótida
Interna
(5 - 7)



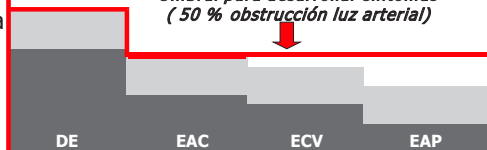
Arteria
Femoral
(6 - 8)

*Umbral para desarrollar síntomas
(50 % obstrucción luz arterial)*

La función eréctil precisa hasta un 80% de dilatación de las arterias peneanas, por lo que el sistema tiene poca reserva.

¡Signo centinela!

Obstrucción de la
luz arterial
(%)



Las arterias peneanas tienen un diámetro mucho menor que las arterias coronarias

Montorsi P. et al. Eur Urol 2003; 44: 352-4



DE psicógena

- En la DE confluye frecuentemente una combinación de factores psicogénicos y orgánicos



• DE=Disfunción eréctil



Tiefer L & Schuetz-Mueller D. *Urol Clin North Am* (1995); 22:767-773.



DE psicógena

Un experto puede ayudar a personas que:

- Carezcan de deseo sexual.
- Tengan problemas con la iniciación sexual.
- Tengan problemas sexuales diferentes de la DE:
 - Disfunción eyaculatoria
 - Disfunción orgásmica.
- Tengan dificultades con su relación interpersonal.
- Presentan trastornos psicopatológicos.



Hipogonadismo

- Descenso de la producción de andrógenos asociados con la edad.
- Entre los 40 y los 70 años, la T sérica total y libre desciende aproximadamente 1,2% al año.
- El 12% de los varones de 50 años y casi el 50% de los varones por encima de los 80 años tienen niveles de T total bajos.
- El 9,4% de los varones entre 60-70 años están diagnosticados de hipogonadismo clínico.
- *En contraste con el cese de la función gonadal en la menopausia, el descenso de T sérica es gradual.*



Hipogonadismo

SÍNTOMAS

SEXUALES	NO SEXUALES
Disminución de la actividad sexual	Disminución de la masa y la fuerza muscular
Disminución de la libido	Aumento de la masa grasa (sobrepeso-obesidad)
Disfunción eréctil	Fatigabilidad y menos energía vital
Disminución del líquido seminal	Osteopenia-osteoporosis (con/sin fracturas)
Disminución de la calidad seminal	Síndrome metabólico
Reducción de la fertilidad	Disminución memoria y capacidad cognitiva
Disminución del orgasmo	Disforia y posibles depresiones.
	Insomnio



Hipogodanismo

DIAGNÓSTICO

Síntomas Clínicos

Cuestionario AMS

Examen físico

Volumen testicular
Consistencia testicular
Distribución del vello púbico
Distribución de la grasa
Tacto rectal

+

Niveles de Testosterona



Hipogonadismo

CONTRAINDICACIONES TRATAMIENTO:

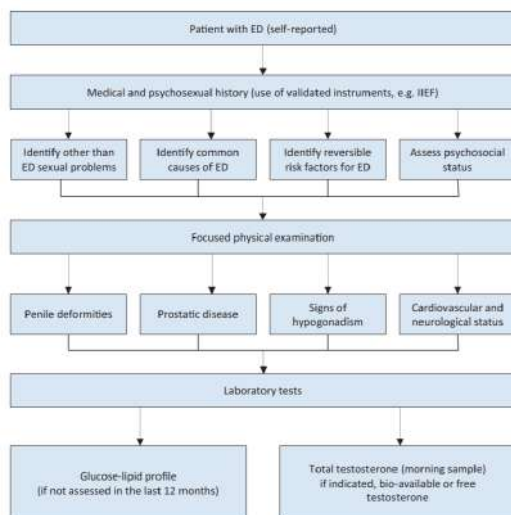
- Absolutas:
 - Sospecha o diagnóstico de carcinoma de próstata o de mama.
 - Policitemia importante, apnea del sueño no tratada, fallo cardíaco severo, síntomas severos de obstrucción del tracto urinario inferior o hallazgos clínicos de obstrucción urinaria debida a HBP.
- Relativas:
 - Obstrucción urinaria moderada (esta contraindicación desaparece si el tratamiento da resultado).

En ausencia de contraindicaciones definidas, la edad como tal no es una contraindicación para iniciar la sustitución de testosterona.



Schover. Climacteric, 2018






 European Association of Urology

CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA HOMBRES (IIEF-5)

FECHA / /
 DÍA MES AÑO

INICIALES O

NOMBRE Y APELLIDO

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una cruz sólo una respuesta por cada pregunta.

EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

1 ¿Cuál es el grado de confianza que Ud. tiene para lograr y mantener una erección?
 1 2 3 4 5
 Muy baja Baja Moderada Alta Muy Alta

2 Cuando Ud. tiene una erección producto de una estimulación sexual, ¿con qué frecuencia son lo suficientemente rígidas como para poder penetrar a su pareja?
 0 1 2 3 4 5
 No tiene actividad sexual Casi nunca o nunca Pocas veces (menos de la mitad de los intentos) Algunas veces (la mitad de los intentos) La mayoría de las veces (más de la mitad de los intentos) Siempre o casi siempre

3 Durante la relación sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener su erección una vez que Ud. penetró a su pareja?
 0 1 2 3 4 5
 No tiene actividad sexual Casi nunca o nunca Pocas veces (menos de la mitad de los intentos) Algunas veces (la mitad de los intentos) La mayoría de las veces (más de la mitad de los intentos) Siempre o casi siempre

4 Durante la relación sexual, ¿cuán difícil fue para Ud. mantener la erección hasta completar el acto sexual?
 0 1 2 3 4 5
 No tiene actividad sexual Extremadamente difícil o imposible Más difícil que el 1 Difícil o imposible Levemente difícil No fue difícil

5 Cuando Ud. intentó una relación sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactoria para Ud.?
 0 1 2 3 4 5
 No tiene actividad sexual Casi nunca o nunca Pocas veces (menos de la mitad de los intentos) Algunas veces (la mitad de los intentos) La mayoría de las veces (más de la mitad de los intentos) Siempre o casi siempre

PUNTOS

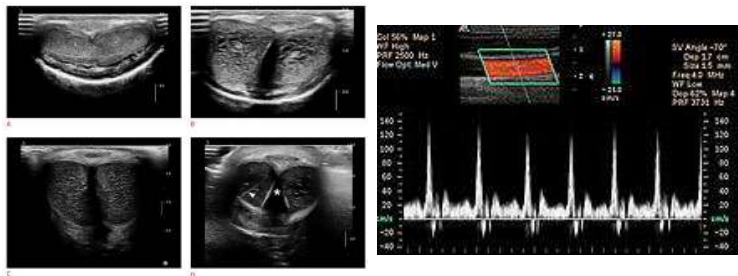
22-29: No padecía DE.
 17-21: DE Leve.
 12-16: DE Moderado.
 8-11: DE Severo.

FERRING

DE: Definición directa IIEF-5: Índice Internacional de Función erectil

Diagnóstico

Estudio ecográfico y vascular del pene



Analítica general y orientada



Tratamiento

- **Cambio de estilo de vida** (MAP/Urólogo)
- Inhibidores de la 5PDE (MAP/Urólogo)
 - Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil, Avanafil
- Ondas de choque (Urólogo)
- Dispositivos de vacío (Urólogo)
- Terapia psicosexual (Psicólogo)
- Alprostadil tópico/intrauretral (MAP/Urólogo)
- Inyecciones intracavernosas (Urólogo)
- Prótesis de pene (Urólogo).



Tratamiento

FÁRMACO	SILDENAFILO	VARDENAFILO	VARDE BD	AVANAFILO	TADALAFILO	TADAL diario*
Dosis oral (mg)	25, 50 y 100	5, 10 y 20	10	50, 100 y 200	10 y 20	5
Concentración plasmática máxima (minutos)	30-120 Mediana: 60	30-120 Mediana: 60	30 -120	30-45	120	120 El estado estacionario se alcanza a los 5 días
Vida media	3-5 h	4-5 h	4-5 h	5h (FT USA) 6-17h (FT UE)	17.5 h	17.5 h
Toma del comprimido antes actividad sexual	60 minutos	25 - 60 min	60 min	30 min	30 min	1 vez al día, todos los días
Duración efectos	4-5h	4-5 h	4- 5 h	> 6h	Hasta 36h	Continua
Interacción con alimentos ricos en grasa	SI	SI	No	SI	No	No
Interacción con alcohol	No	No	No	SI	No	No
Excreción	Heces 80% Orina 13%	Heces 91-95% Orina 2-6%		Heces 62% Orina 21%	Heces 61% Orina 36%	Heces 61% Orina 36%



Tratamiento

Inhibición de Cialis® diario frente a Cialis® a demanda

— Tadalafil 5 mg en el estado estacionario

Dosis 5 o 2,5mgr/día
No programar la relación sexual
Más erecciones espontáneas
¿Renueva el cuerpo cavernoso en humanos?

* 5 mg al día o 2,5 mg al día. Se ha observado un efecto de inhibición de la erección espontánea en los días 1 y 2 de tratamiento con tadalafil 5 mg al día. Se ha observado un efecto de inhibición de la erección espontánea en los días 1 y 2 de tratamiento con tadalafil 5 mg al día. Se ha observado un efecto de inhibición de la erección espontánea en los días 1 y 2 de tratamiento con tadalafil 5 mg al día.



Tratamiento

Menos efectos 2os

Table 6: Common adverse events of the four PDE5 inhibitors currently EMA-approved to treat ED*

Adverse event	Sildenafil	Tadalafil	Vardenafil	Avanafil 200mg
Headache	12.8%	14.5%	16%	9.3%
Flushing	10.4%	4.1%	12%	3.7%
Dyspepsia	4.6%	12.3%	4%	uncommon
Nasal congestion	1.1%	4.3%	10%	1.9%
Dizziness	1.2%	2.3%	2%	0.6%
Abnormal vision	1.9%		< 2%	none
Back pain		6.5%		< 2%
Myalgia		5.7%		< 2%

* Adapted from EMA statements on product characteristics.



Tratamiento

Cardiovascular: No aumenta riesgo de eventos coronarios ni cardíacos

Nunca si en 6m previos: ¿IAM?, Arritmia

No en hipoT: <90/50 o HiperT >170/100

No si angina inestable, angina con relaciones o cardiopatía congestiva

AntiHipertensivos: no hay contraindicaciones

Alfabloqueantes: ajustar dosis al inicio

Avanafil: 50/ sildenafil 25

Vardenafil: no problemas

Tadalafil: ojo con doxazosina

Nitratos: Contraindicación ¿absoluta?

Si dolor precordial esperar

12h: avanafil/ 24h sildenafil y vardenafil / 48h tadalafil



Tratamiento

No respondedor vs uso incorrecto

- **No respondedor:**

- Al menos 6 tomas de dosis máximas de un fármaco en condiciones correctas

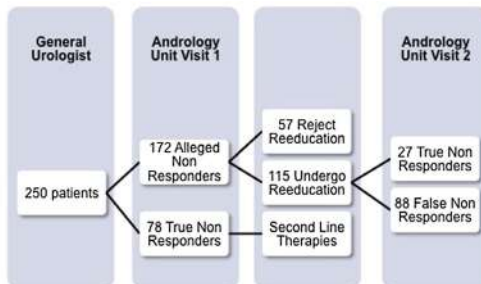
- **Pseudo no-respondedor o uso incorrecto:**

- Fármacos originales (¿Dónde obtuvo el fármaco?)
- Counselling inadecuado del médico:
 - Falta de estímulo sexual
 - Dosis inadecuada
 - Tiempo entre la toma del fármaco y el acto sexual (inicio y fin del efecto farmacológico)
 - Interacción con alimentos y disminución de la absorción

Male Sexual Dysfunction

Evaluation of Current Errors Within the Administration of Phosphodiesterase-5 Inhibitors After More Than 10 Years of Use

Javier Romero Otero, Borja García Gómez, José Medina Polo, Estibaliz Jiménez Alcaide, Eduardo García Cruz, Andrea Sallent Font, and Alfredo Rodríguez Antolín



Tratamiento

- Causa VASCULAR.
- Disminución demostrada del aporte vascular al pene (PSF).
- DE leve o moderada.
- FRCV controlados.
- Mejoría >70% de los pacientes.
- Baja un escalón terapéutico.



Tratamiento

- Muy efectivo 90%.
- Terapia combinada.
- Baja satisfacción paciente: 24%
- Problemas:
 - Dolor
 - Imposibilidad eyacular
 - Edema
 - Hematoma



Tratamiento



1. Conservar en el frigorífico hasta el momento de su utilización, manteniendo a temperatura entre 2 y 8 grados, sin congelar.



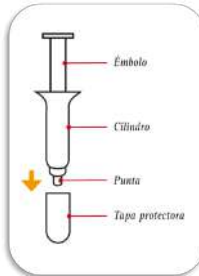
2. Al estar conservado en frío, es importante frotar el aplicador entre las manos para que recupere la temperatura ambiente



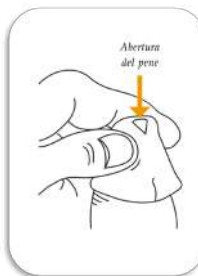
3. Después, gire el émbolo varias veces para desbloquearlo y facilitar su posterior deslizamiento.



Tratamiento



1. Retire el capuchón protector de la punta del dispensador AccuDose®



2. Manipule suavemente la punta del glande para ensanchar la abertura (meato) del pene.



3. Sujete el dispensador por encima de la abertura del pene.
4. Pulse el émbolo hacia abajo (5 a 10 segundos) para aplicar la crema a la abertura del pene.
5. Evite insertar la punta del dispositivo en el pene.



Tratamiento

- Alprostadil: único aprobado por EMA.
- Combinaciones usadas pero no aprobadas oficialmente.
- Dosis: 5-40 microgramos.
- Tarda 5-15 min. Eficacia 70%.
- Satisfacción paciente 87%.
- Satisfacción pareja 86%.
 - ES: Dolor, erección prolongada 5%, priapismo 1%, fibrosis 2%.
 - Abandonan tto: 50-68% (2-3 primeros meses).
- Complicaciones: Dolor 50%, erección prolongada 5%, priapismo 1%, fibrosis 2%.

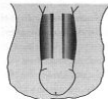


Tratamiento



Golpear suavemente la jeringa para eliminar las burbujas de aire

Sección transversal donde se muestran las zonas de inyección y el ángulo de inserción de la aguja



Zonas de inyección a lo largo de los flancos del pene



Inserción de la aguja en los cuerpos cavernosos en la zona de inyección



Tratamiento

MALEABLES

INFLABLES



Tratamiento

- INDICACIONES:
 - DE refractaria a tratamiento farmacológico.
 - Efectos adversos inaceptables con el tratamiento estándar.
 - DE y enfermedad de Peyronie.
 - DE e incontinencia urinaria: post-prostatectomía.
 - Fibrosis peneana: priapismo.
 - Faloplastia en cirugía transexual.
- Las prótesis de pene tienen las tasas más altas de satisfacción sexual de todos los tratamientos para la DE, tanto del paciente como de su pareja.

Tratamiento quirúrgico NO reversible.





 Hospital Universitario
12 de Octubre

¡Gracias!





TALLER 3



Hábitos de vida saludables

7 de junio | 11.00 a 12.30 h.

Nutrición, hábitos de vida y medicinas alternativas

Dr. Rodrigo Sánchez

Facultativo Especialista Oncología Médica.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Los hábitos de vida influyen en el riesgo de contraer enfermedades. De entre los factores asociados con el riesgo de desarrollar un cáncer, los estilos de vida – nutrición, ejercicio físico, consumo de tabaco – son algunos de los más estudiados.

Existe evidencia para un papel protector del ejercicio físico. La actividad física no sólo significa hacer deporte, un hábito de vida activo – desplazarse caminando, subir escaleras, evitar largas horas de televisión – también han demostrado beneficio: disminuye el cansancio, mejora la calidad de vida, aumenta la capacidad cardio-respiratoria y la función pulmonar, favorece la ganancia de masa muscular y fuerza y contribuye al bienestar psicológico.

La dieta ha sido un factor muy estudiado en su posible asociación con el cáncer. No obstante, pocos factores dietéticos han demostrado de una manera clara influir sobre el riesgo de cáncer. Se ha analizado un posible papel protector de la ingesta de fruta y verdura, ya que son alimentos que contienen nutrientes, como la fibra, que pueden actuar con capacidad antioxidante y/o antiinflamatoria.

La dieta occidental, caracterizada por un alto consumo de carne roja, azúcares refinados, grasas saturadas y bebidas azucaradas, se ha asociado con un mayor riesgo de cáncer. En cambio, para la dieta mediterránea, caracterizada por el consumo de legumbres y verduras, carne blanca y pescado, cereales, frutos secos y aceite de oliva virgen extra como principal grasa culinaria, se ha descrito un potencial beneficio frente al cáncer. El consumo de alcohol sí se ha asociado de forma consistente con un mayor riesgo de diversos tipos de cáncer.

Las medicinas alternativas (acupuntura, consumo de productos naturales o derivados de plantas, entre otros) no tienen una evidencia científica suficiente para sustituir a los tratamientos médicos. Si bien pueden tener un papel beneficioso como complemento, siempre se debe consultar primero con el oncólogo responsable ya que el consumo de determinados productos puede interaccionar con el tratamiento oncológico y reducir su eficacia, e incluso aumentar sus efectos secundarios.

Cedo los derechos de autor e imagen a favor de la Fundación OncoSur para este evento.



TALLER 3



Hábitos de vida saludables

7 de junio | 11.00 a 12.30 h.

Beneficio del ejercicio físico

Dña. Lucía Gil

Especialista en ejercicio físico y cáncer. Unidad ejercicio físico oncológico:
Asociación española contra el cáncer.

Contenido del taller

- Actividad física, ejercicio físico y deporte
- Recomendaciones de ejercicio físico. OMS
- Ejercicio físico oncológico
- Ejercicio físico antes y durante los tratamientos del cáncer de pulmón.
- Efectos secundarios que producen los tratamientos y su interacción con el ejercicio físico.

APRENDER A VIVIR:

ESCUELA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

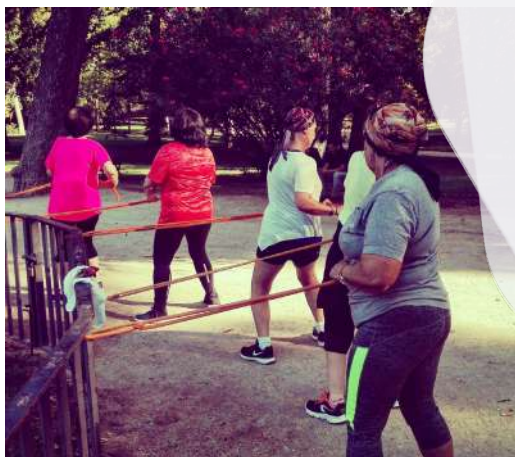
Beneficios del ejercicio físico

Dña. Lucía Gil Herrero

Especialista en ejercicio y cáncer

Unidad ejercicio físico oncológico: Asociación española contra el Cáncer

Co-organizadores:



Supervisado y planificado por un especialista.



Individualizado



Adaptado a sus necesidades



Basado en evidencia científica

¿Qué es el Ejercicio Físico Oncológico?

EJERCICIO FÍSICO DURANTE LA ENFERMEDAD



¿CÚANDO PUEDO O DEBO EMPEZAR A HACER EJERCICIO SI ME HAN DETECTADO UN CÁNCER DE PULMÓN: ANTES O DESPUÉS?

Prehabilitation

Ejercicio físico que se realiza antes de la cirugía

Rehabilitation

Ejercicio físico que se realiza después de la cirugía

Review Article

Exercise Training for Patients Pre- and Postsurgically Treated for Non-Small Cell Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis

Hui-Juan Ni, MD¹, Bigyan Pudasaini, MD², Xun-Tao Yuan, MD³, He-Fang Li, MD⁴, Lei Shi, MD⁵, and Ping Yuan, MD¹

Non-Small Cell Lung Cancer
2017;14(1):14-21
© The Author(s) 2016
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1740774516666666
journals.sagepub.com/home/nsc

SAGE

Review

Exercise intervention for patients surgically treated for Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC): A systematic review

Katy Crandall^{1,2}, Roma Maguire^{1b}, Anna Campbell^{1c}, Nora Kearney^{2a}

^{1a} University of Dundee, School of Nursing and Midwifery, 11 Airlie Place, Dundee DD1 4JG, Scotland, UK

^{2a} University of Surrey, School of Health and Social Care, Faculty of Health and Medical Sciences, Duke of Road Building, Guildford GU2 7JH, Surrey, UK

^{1b} University of Dundee, Institute of Sport and Exercise, Dundee DD1 4JG, Scotland, UK



EJERCICIO FÍSICO ANTES DE LA CIRUGÍA O TRATAMIENTOS: PREHABILITATION

Recommendation 1.2. Oncology providers may recommend preoperative exercise for patients undergoing surgery for lung cancer to reduce length of hospital stay and postoperative complications (Type: evidence based, benefits outweigh harms; Evidence quality: low; Strength of recommendation: weak).

Exercise, Diet, and Weight Management During Cancer Treatment: ASCO Guideline

Preoperative exercise training for patients with non-small cell lung cancer

Vinicius Cavalheri¹, Catherine Granger

Exercise prehabilitation in lung cancer: Getting stronger to recover faster

Alice Avancini¹, Alessandro Cavallo², Ilana Trestini³, Daniela Tragnago⁴, Lorenzo Belluio Ernesto Crisafulli⁵, Claudio Micheletto⁶, Michele Milella⁷, Sara Pilotto⁸, Massimo Lanza Maurizio Valentino Infante¹¹

TIPO DE EJERCICIO	INTENSIDAD	FRECUENCIA	DURACIÓN
Cardiovascular Combinado: cardio + fuerza Respiratorios	50%-60% and 80%-100%FCM	De 2 a 5 días	De 1 a 4 semanas



Exercise for Individuals With Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Adverse Events, Feasibility, and Effectiveness

Ben Singh PhD, MRes, BSc Clin Ex Phys, AEP^{a,*,#}, Rosa Spencer PhD, BAppSci (HMS, Honours), AEP^b, Megan L Steele PhD, BSc, Honours^c, Sandi Hayes PhD, BAppSci HMS, Honours^{b,d}, Kellie Toohy PhD, MCEP, BSc, PG Cert Research, PG Cert Tertiary Ed, AEP^{d,*}

Exercise training for advanced lung cancer

Carolyn J Peddle-McIntyre³, Favil Singh, Rajesh Thomas, Robert U Newton, Daniel A Galvão, Vinicius Cavalheri

TIPO DE EJERCICIO	INTENSIDAD	FRECUENCIA	DURACIÓN
Combinado: cardio + fuerza Respiratorios	50%-70% and 80%-100%FCM	De 2 a 5 días	De 4 a 20 semanas





TALLER 4



Tipos de tratamiento y efectos secundarios

14 de junio | 11.00 a 12.30 h.

Tratamiento local: Radioterapia

Dra. Sara Pedraza

Oncología Radioterápica.

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

La radioterapia es una modalidad de tratamiento local basada en el uso de las radiaciones ionizantes.

¿Cómo funciona la radioterapia?

La radioterapia es capaz de dañar el ADN, impidiendo a la células tumorales reproducirse e induciendo la muerte de las mismas. Las células sanas también pueden verse afectadas, pero tienen la capacidad de recuperarse del daño.

¿Cuándo se usa la radioterapia?

La decisión de los tratamientos oncológicos suele determinarse en los Comités formados por los especialistas implicados en la patología. En ocasiones se usa sola o en combinación con otros tratamientos como la quimioterapia.

¿Cuál es el proceso?

La planificación del tratamiento radioterápico consta de una serie de etapas interrelacionadas en las que participan diferentes profesionales (médico, físico, técnico, dosimetrista):

1. **PRIMERA CONSULTA:** el paciente es valorado por el Oncólogo Radioterápico estableciendo la indicación del tratamiento.
2. **SIMULACIÓN:** consiste en colocar al paciente en la posición en que se va a tratar, ayudados de sistemas de inmovilización que permitan asegurar que la posición va a ser reproducible durante todas las sesiones de tratamiento. Posteriormente se adquiere una imagen TAC, PET/TAC o RMN de la zona a tratar.
3. **PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO:** sobre la imagen previamente adquirida, el médico define el campo de tratamiento y la dosis. El radiofísico planifica el tratamiento cuya dosimetría es aprobada por el médico.
4. **ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO:** tras verificar que el tratamiento coincide con el planificado, se administra por parte del técnico. Se realizan controles de imagen supervisados por el médico, quien semanalmente valora al paciente para detectar toxicidad aguda.

¿Cómo me administran la radioterapia?

La radioterapia se puede administrar de manera externa en un acelerador lineal, o interna (también llamada braquiterapia) lo que requiere colocar la fuente reactiva dentro o en proximidad al tumor. En el cáncer de pulmón, la más utilizada es la radioterapia externa. La radioterapia es indolora en el momento de la administración.

¿Cuándo se administra radioterapia en el cáncer de pulmón?

- **Estadíos iniciales:**

En enfermos inoperables o que rechazan la cirugía, el tratamiento con radioterapia estereotáxica (SBRT) es de elección en tumores < 5 cm. Es un tipo de radioterapia externa, caracterizado por administrar generalmente menos de 8 sesiones, pero de alta dosis. Es un tratamiento de alta complejidad que requiere una aplicación y administración de tratamiento concretas. Esta técnica ha demostrado buen control de la enfermedad con bajas cifras de toxicidad.

- **Previo a Cirugía:**

En casos seleccionados, se plantea un tratamiento radioterápico en combinación con quimioterapia con la intención de mejorar la resecabilidad.

- **Tras cirugía:**

En determinados pacientes se aconseja tratamiento radioterápico tras la cirugía, según los factores de riesgo de recaída que presente. Generalmente se realiza el tratamiento tras haber acabado todos los ciclos de quimioterapia.

- **En combinación con quimioterapia:**

Los pacientes no operables o con enfermedad irresecable y enfermedad localmente avanzada, el estándar de tratamiento es quimioterapia en concurrencia con radioterapia. El número exacto de sesiones depende de cada paciente.

- **Para aliviar:**

En los pacientes con enfermedad diseminada y sintomática, la radioterapia ofrece una excelente paliación. Se valora en caso de dolor, sangrado, tos, metástasis cerebrales, compresión medular, síndrome de vena cava, etc.

¿Qué efectos secundarios puedo tener?

- El efecto secundario general más frecuente durante el tratamiento es el cansancio.
- No es habitual que se altere la piel.
- Los síntomas locales dependerán de la dosis administrada, volumen de enfermedad y de la localización a tratar. Así, el tratamiento radioterápico de tumores próximos al esófago, sobre todo si se realiza en combinación con quimioterapia, pueden causar esofagitis. Generalmente es manejable en consulta y no requiere ingreso. En tumores con afectación bronquial o traqueal puede producir tos seca.
- La inflamación del pulmón, o también llamada neumonitis, es raro que se produzca durante el tratamiento. Lo habitual es que aparezca entre los 3-6 meses posteriores al tratamiento. Puede aparecer hasta en el 37% de los pacientes, pero la mayoría consisten en cambios radiológicos sin síntomas asociados. Si los síntomas respiratorios aparecieran, generalmente son leves-moderados y suelen responder bien al tratamiento con corticoides, siendo excepcionales los pacientes que precisan ingreso.
- A largo plazo, las áreas previas de inflamación pueden correlacionarse con zonas de fibrosis.



TALLER 4



Tipos de tratamiento y efectos secundarios

14 de junio | 11.00 a 12.30 h.

Tratamiento local: Cirugía

Dr. José Carlos Meneses

Cirujano Torácico.

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Objetivos

En este capítulo, dirigido a pacientes, intentaremos responder a estas 3 preguntas:

1. ¿Por qué me ofrecen la cirugía y no otras alternativas?
2. ¿En qué consiste la cirugía?
3. ¿Qué consecuencias tendrá la cirugía en mí?

Introducción

El cáncer de pulmón (CP) es la principal causa de muerte por cáncer en el mundo. Suele diagnosticarse en la década de los 70 años, y es especialmente frecuente en hombres fumadores.

El CP de célula no pequeña (CPNM) supone el 85% de los carcinomas de pulmón.

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

El tratamiento dependerá del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico: para los pacientes en estadios localizados en el tórax (I, II y III) el objetivo será la curación, mientras que en pacientes con diseminación extratorácica (estadio IV), se pretende paliar los síntomas y prolongar la supervivencia.

Se consideran CP en estadios iniciales aquellos en los que el tumor está localizado en el pulmón sin afectación de ganglios extrapulmonares (estadios I y II), con una supervivencia a los 5 años del 59%. *Tablas 1 y 2.*

En los CPNM en estadios I y II, las propuestas terapéuticas son fundamentalmente locales (cirugía, radioterapia [RT] convencional, radioterapia corporal estereotáctica [RCE], ablación por radiofrecuencia [ARF], criocirugía y braquiterapia), planteándose en pocos casos tratamientos adyuvantes con quimioterapia.

En algunos casos de CPNM con afectación ganglionar regional en el mediastino (estadio IIIA) si bien la cirugía no es el tratamiento de elección al inicio, se puede plantear un “rescate quirúrgico” si tras un tratamiento específico con quimioterapia, se demuestra que esa afectación ganglionar se ha resuelto.

Tipos de cirugía

1. Papel de la Lobectomía

La más importante terapia curativa en el CP en estadio es la cirugía, que puede abarcar desde una lobectomía hasta una Neumonectomía, según el grado de extensión T y N (ganglios) del tumor.

Desde 1995 se asume que las resecciones menores a una lobectomía (“sublobares”) tienen peores resultados en cuanto a recidiva local (el triple) y supervivencia a los 5 años (30% menos) con respecto a las lobectomías.

Por tanto, el tratamiento de elección es la lobectomía. Esto se basa en la anatomía del propio pulmón, que se divide en lóbulos, separados físicamente uno de otro, siendo por tanto la recurrencia local infrecuente

tras lobectomía. En aquellos tumores que afectan a más de un lóbulo, se extirparán todos aquellos lóbulos afectados, pudiendo incluso ser necesaria la extirpación de todo el pulmón (Neumonectomía). Para estas cirugías es preciso disecar específicamente las arteria, vena y bronquio de la estructura a extirpar.

“El tratamiento de elección en el CP en estadio precoz es la Lobectomía”

2. ¿En qué casos se ofrecen resecciones sublobares?

Las resecciones sublobares pueden ser de dos tipos: resecciones en cuña, que no siguen ninguna anatomía específica, limitándose a rodear el tumor con mayor o menor margen, y las segmentectomías anatómicas, que sí siguen un patrón anatómico, con disección específica de arteria, vena, bronquio y parénquima pulmonar de dicho segmento. Al revisar la supervivencia a los 5 años de las resecciones sublobares, se ha comprobado que las segmentectomías anatómicas presentan una supervivencia del 75% comparadas con el 42% de las resecciones en cuña. De hecho, en determinadas situaciones no existen diferencias significativas entre segmentectomías anatómicas y lobectomías⁵.

“En determinadas situaciones no existen diferencias significativas entre segmentectomías anatómicas y lobectomías”.

Por otro lado, al valorar la supervivencia cáncer-específica, se ha observado una mayor supervivencia en pacientes con mala reserva cardiorrespiratoria sometidos a resecciones segmentarias, al disminuir la morbilidad perioperatoria. Por tanto, la resección pulmonar segmentaria es la opción en pacientes de edad avanzada¹⁵ o con mala reserva cardiopulmonar.

“La resección pulmonar segmentaria es la opción en pacientes de edad avanzada o con mala reserva cardiopulmonar”

3. Cirugía abierta o cirugía mínimamente invasiva

No debemos confundir la cirugía (“¿qué hay que hacer?”) con el acceso quirúrgico (“¿cómo se puede hacer?”). De tal manera que se prioriza hacer bien la cirugía, sin que el acceso quirúrgico la condicione. Por tanto, la supervivencia a los 5 años era la misma.

**“Se prioriza hacer bien la cirugía,
sin que el acceso quirúrgico la condicione”.**

Clásicamente la cirugía del CP se ha realizado a través de una toracotomía. *Figura 1.* Consiste en realizar una sección de unos 20 cm debajo de la escápula o de la axila, seccionando la musculatura del tórax hasta llegar al plano costal, y separando las costillas con un artilugio metálico. Esta cirugía proporciona un campo amplio y cómodo al cirujano, y muy seguro para el paciente, ya que cualquier accidente se puede resolver de forma rápida y efectiva. Además, está demostrado que a través de este acceso se obtiene más muestras de regiones ganglionares. Sin embargo, se considera una de las cirugías más dolorosas, que además daña músculos torácicos implicados en los movimientos respiratorios, por lo que en pacientes con factores predisponentes, puede favorecer la aparición de atelectasias y neumonías.

La cirugía mínimamente invasiva (VATS –toracoscopia- o RATS –robótica-) solo requiere de 1 o 2 accesos generalmente, con escasa lesión muscular y sin necesidad de ampliar el espacio intercostal con artilugios que dañen los nervios intercostales. *Figura 2.* De esta forma, no solo existe una evidente mejoría estética y en la calidad de vida de los pacientes en general, sino que además algunos pacientes previamente considerados inoperables por su mala reserva ventilatoria han pasado a ser operables, debido al mejor control del dolor postoperatorio y a la menor morbilidad de estas técnicas. En estos pacientes la estancia postoperatoria y el índice de neumonías se ha demostrado menor.

**“La estancia postoperatoria y el índice de neumonías se
ha demostrado menor en los pacientes operados
con cirugía mínimamente invasiva”**

Más específicamente, la cirugía robótica (RATS) parece repercutir en la seguridad del paciente al aportar al cirujano una visión 3D y mayor precisión en sus movimientos.

La Mediastinoscopia pronóstica

Como ya se ha comentado, la cirugía está reservada como tratamiento curativo de pacientes con CP localizado, sin extensión al mediastino ni al resto del cuerpo. En ocasiones las pruebas radiológicas (TAC) y metabólicas (PET-TAC) informan de la sospecha de afectación tumoral directa o ganglionar metastásica en el mediastino. Dicha afectación debe ser confirmada mediante citología (EBUS) o biopsia quirúrgica (Mediastinoscopia). Ésta última se realiza bajo anestesia general, y a través de una minicervicotomía, se explora el mediastino con un instrumental específico, biopsiándose todos los ganglios o lesiones sospechosas, de forma sistemática. Es condición para que el paciente sea sometido a una resección pulmonar que la Mediastinoscopia sea negativa para malignidad.

“Es condición para que el paciente sea sometido a una resección pulmonar que la Mediastinoscopia sea negativa para malignidad”

Postoperatorio

El postoperatorio en los pacientes a los que se le ha realizado resección pulmonar se basa en 3 pilares fundamentales, encaminados a disminuir el dolor, mejorar la recuperación de la función pulmonar y prevenir complicaciones: ANALGESIA, FISIOTERAPIA RESPIRATORIA y MOVILIZACION PRECOZ.

A parte de esto, se trata en gran medida de pacientes con comorbilidades respiratorias y cardiológicas, por lo que se prestará especial cuidado con dichas patologías. Complicaciones como insuficiencia respiratoria, derrame pleural, neumonía, arritmias cardíacas, si bien son infrecuentes no son raras.

Seguimiento al alta

El riesgo de recidiva tumoral oscila entre el 6% y el 10% en los primeros 4 años. Dado que la supervivencia a los 5 años tras una recaída, con los tratamientos de los que disponemos actualmente, puede alcanzar el 15%, parece justificada una metodología protocolizada de estudio y tratamiento de las mismas, dado el impacto beneficioso en la supervivencia de estos pacientes.

Se recomienda al menos un TAC cada 6m , durante 5 años. En caso de sospecha de recidiva, se realizará PET-TAC y posteriormente los estudios dirigidos a la obtención de muestras en aquellos casos de sospecha confirmada.

Tabla 1

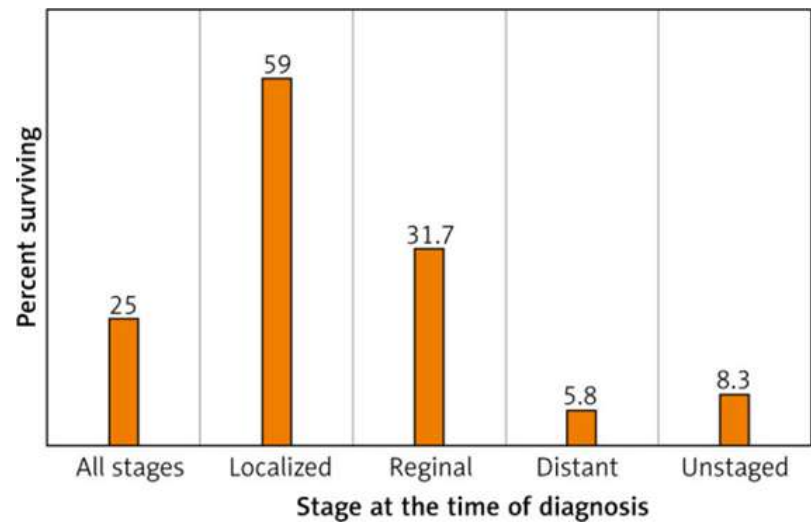


Tabla 2

Estadio	SG 5a %	Recidiva local/distancia %
IA	67	10/15
IB	57	10/30
IIA	55	12/40
IIB	39	
IIIA (T3N1Mo)	25	15/60

Figura 1 - Toracotomía



Figura 2 - VATS uniportal



APRENDER A VIVIR:
ESCUELA DE PACIENTES
CON CÁNCER DE PULMÓN

TRATAMIENTO LOCAL: CIRUGIA

Dr. José Carlos Meneses Pardo

CirujanoTorácico

Hospital Universitario 12 de Octubre

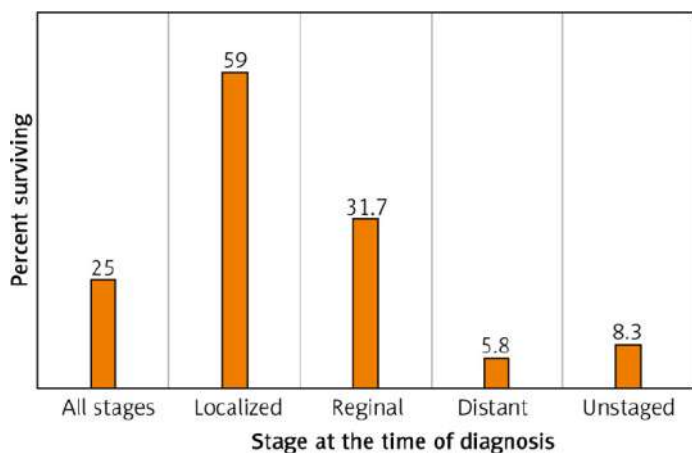
Co-organizadores:



Introducción

1. CB principal causa muerte por cáncer en el mundo
2. Edad media al diagnóstico 70 años $H=2^*M$
3. 90% pacientes con CB son fumadores
4. **Supervivencia 59% en pacientes en estadios localizados en el momento del diagnóstico**





Tipos de cirugía

VIA ACCESO	TIPO DE RESECCION
TORACOTOMIA	RESECCION EN CUÑA SEGMENTECTOMIA ANATOMIA LOBECTOMIA NEUMONECTOMIA
VATS	
RATS	LINFADENECTOMIA: - MUESTREO GANGLIONAR EXTENDIDO - LINFADENECTOMIA RADICAL

MEDIASTINOSCOPIA

Lung Cancer Surgery



Wedge resection

Removes a small section of lung that contains the tumor along with a margin of healthy tissue



Segmental resection

Removes a larger portion of the lung, but not an entire lobe



Lobectomy

Removes the entire lobe of one lung



Pneumonectomy

Removes an entire lung



Wedge resection

Segmental resection



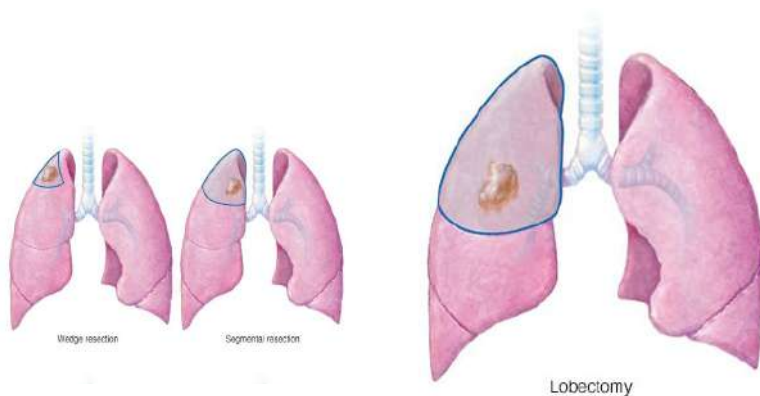
Lobectomy

Pneumonectomy

© HANCO FOUNDATION FOR MEDICAL RESEARCH IN NEW ZEALAND. ALL RIGHTS RESERVED.



Lobectomia vs Sublobar



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH, ALL R

Operabilidad y Resecabilidad

OPERABILIDAD	RESECABILIDAD
¿EL PACIENTE TOLERA LA CIRUGIA?	¿LA ENFERMEDAD ES EXTIRPABLE?
ESPIROMETRIA DIFUSION VALORACION ANESTESICA GAMMAGRAFIA TEST ESCALERAS o MARCHA CONSUMO DE OXIGENO ECO-DOPPLER TSA ECOCARDIO CORONARIOGRAFIA CONSULTAS ESPECIFICAS	TAC TAP PET-TAC RMN CEREBRAL MEDIASTINOSCOPIA RM HEPATICA TAC PAAF SUPRARRENAL

MEDIASTINOSCOPIA PRONOSTICA



TIPOS DE ABORDAJE

TORACOTOMIA



VATS

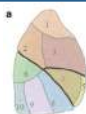


RATS



RESECCION EN CUÑA VATS

VIDEO



SEGMENTECTOMIA R2 VATS





POSTOPERATORIO

- 3-5 días ingreso
- Drenaje torácico
- Dolor al respirar, toser o estornudar

- MANEJO:
 - ANALGESIA
 - FISIOTERAPIA
 - MOVILIZACION PRECOZ
 - Manejo de las complicaciones

- COMPLICACIONES:
 - Fuga aérea persistente
 - Sangrado
 - Fibrilación auricular
 - Neumonía Intrahospitalaria
 - Otros



Seguimiento

- El riesgo de recidiva tumoral oscila entre el 6% y el 10% en los primeros 4 años.
- La supervivencia a los 5 años tras una recaída, con los tratamientos de los que disponemos actualmente, puede alcanzar el 15%.
- Justifica una metodología protocolizada de estudio y tratamiento, dado el impacto beneficioso en la supervivencia de estos pacientes.
- TAC cada 6m al menos, durante 5 años. En caso de sospecha de recidiva, PET-TAC.



Muchas
Gracias
xxx





TALLER 4



Tipos de tratamiento y efectos secundarios

14 de junio | 11.00 a 12.30 h.

Tratamiento Sistémico en Cáncer de Pulmón

Dr. Javier Baena

Oncología Médica. Unidad de Tumores Torácicos y Fases 1.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

En esta charla se pretende informar a los pacientes que asistan a la escuela (tanto virtual como presencialmente) lo que es el tratamiento sistémico. Una vez definido el concepto entraré en subdividirlos según la intención del tratamiento (antes de la cirugía, después de la cirugía como tratamiento principal o como tratamiento para control de la enfermedad “propagada”) y por otro lado según el tipo de tratamiento sistémico en quimioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida y terapia antiangiogénica. Antes de continuar con el flujo de los diferentes agentes sistémicos, utilizaré una diapositiva para explicar las características del cáncer. Finalmente, entraré en detalle en explicar a cada grupo usando conceptos no científicos para poder alcanzar a toda la audiencia, explicaré potenciales efectos secundarios SIN entrar en detalle del manejo y prevención de los efectos secundarios para no pisar a Dña. María Dolores Pérez.

APRENDER A VIVIR:
ESCUELA DE PACIENTES
CON CÁNCER DE PULMÓN

TRATAMIENTO SISTÉMICO DEL CÁNCER DE PULMÓN

Dr. Javier Baena Espinar

F.E.A Oncología Médica. Unidad de tumores torácicos y fases 1

Hospital o Centro Hospital 12 de Octubre

Co-organizadores:



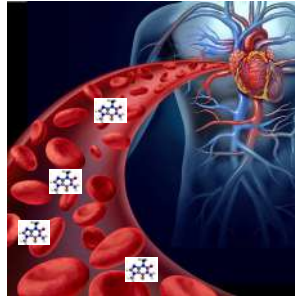
Índice

- ¿Qué es un tratamiento sistémico?
- Quimioterapia
- Terapia antiangiogénica
- Terapias dianas
- Inmunoterapia



Tratamiento sistémico

Tratamiento para el que se administran sustancias que viajan por el torrente sanguíneo, que llegan y afectan a las células de todo el cuerpo.



Escenario

- A Tratamiento principal
- B Tratamiento Neoadyuvante
- C Tratamiento Adyuvante
- D Tratamiento para el cáncer propagado



Escenario

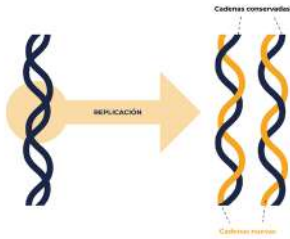
- A Tratamiento principal
- B Tratamiento Neoadyuvante
- C Tratamiento Adyuvante
- D Tratamiento para el cáncer propagado

Características de la célula tumoral

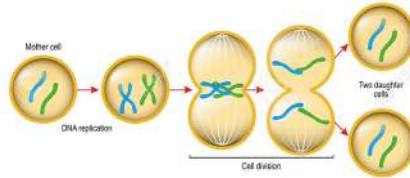


Las características del cáncer ("The hallmarks of cancer"). (Imagen extraída de Hanahan y Weinberg, Cell. 2011).

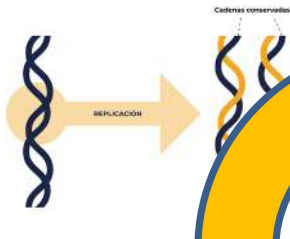
Quimioterapia



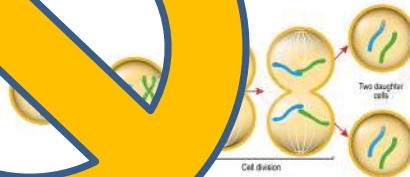
MITOSIS



Quimioterapia



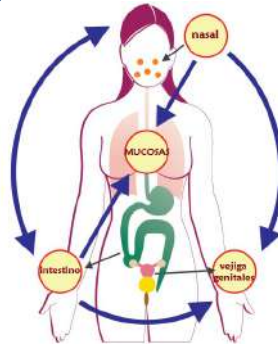
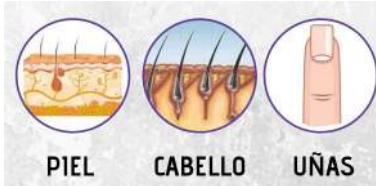
MITOSIS





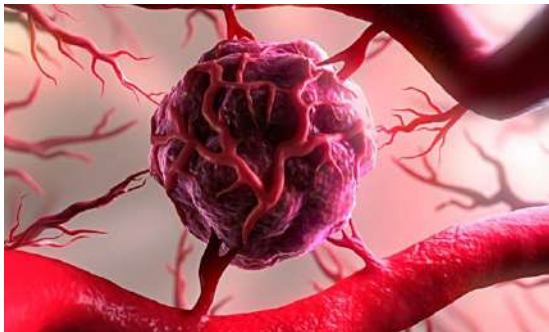
Quimioterapia

Cels. Normales también tiene ADN y se replican

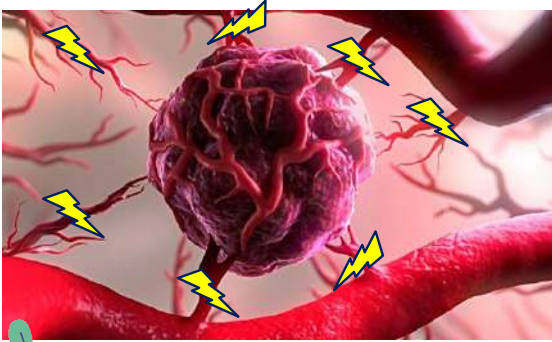


Terapia Antiangiogénica

Angiogénesis = Generación de vasos sanguíneos



Terapia Antiangiogénica

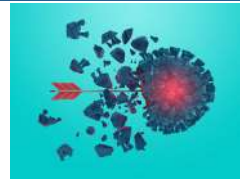


Potenciales efectos secundarios:

- Hipertensión
- Sangrado
- Pérdida de proteínas en orina
- Trombosis



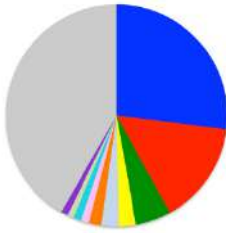
Terapia Diana



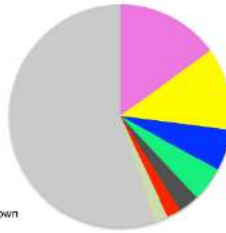
Existen determinados genes cuya mutación ofrece a la célula tumoral una ventaja adaptativa sobre el tejido sano, favoreciendo no solo su crecimiento local sino el desarrollo de metástasis



Terapia Diana



Adenocarcinoma

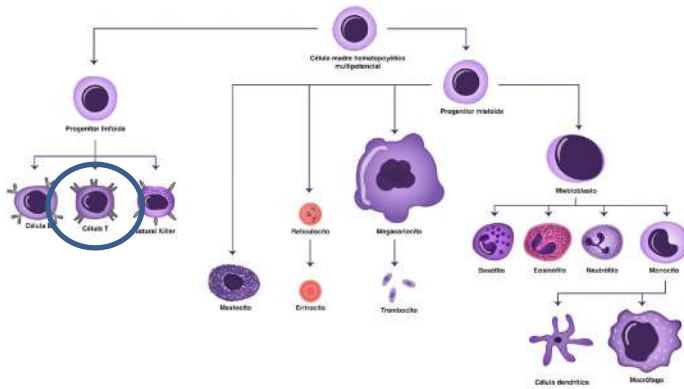


Squamous cell carcinoma

Sequist et al., Ann Oncol 22:2616, 2011; Bergethon et al., JCO Jan 3, 2012; Weiss et al., Sci Transl Med 2:62ra93, 2010; Kris et al., WCLC 2011; Hammerman et al., Cancer Discovery 1:78, 2011; AJ Iafrate, personal communication



Inmunoterapia



Janeway CA Jr, Travers P, Walport M, et al. Immunobiology: The Immune System in Health and Disease. 5th edition. New York: Garland Science; 2001. The components of the immune system. Accesible desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK27092/>



Inmunoterapia

Microentorno: el ecosistema del cáncer

Células del sistema inmunitario



Células tumorales



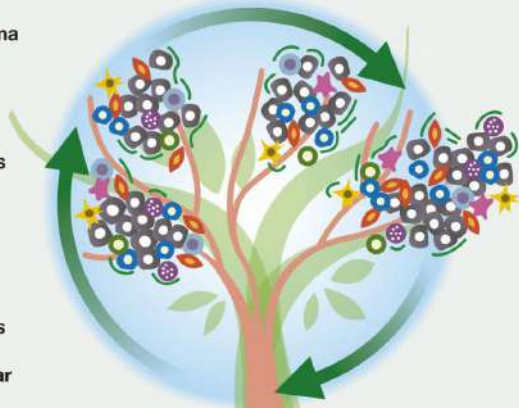
Fibroblasto asociado a tumor



Vasos sanguíneos



Matriz extracelular

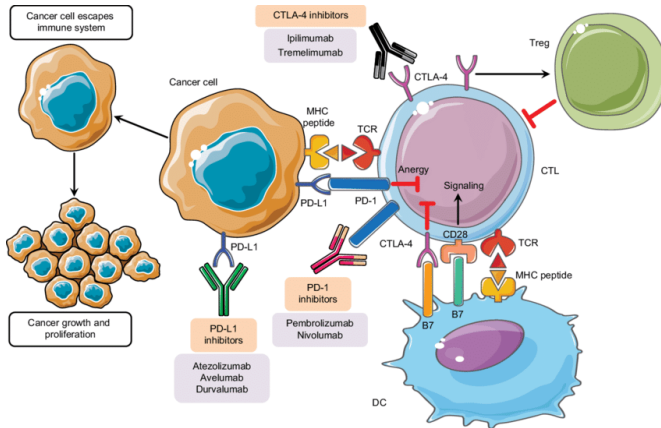


SINC / J. A. Peñas

Fuente: Daniele Tauriello, @Battielab



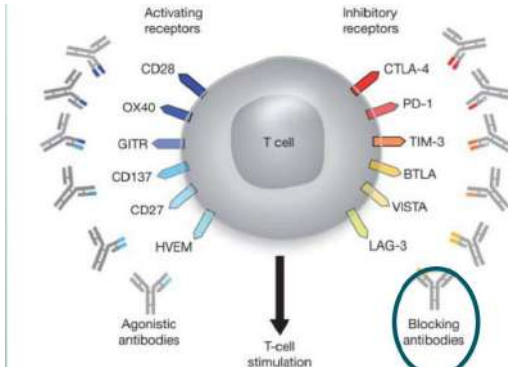
Inmunoterapia



Immunotherapy for HER2-positive breast cancer: Recent advances and combination therapeutic approaches - Scientific Figure on ResearchGate.
Available from: https://www.researchgate.net/figure/immune-checkpoint-inhibitors-in-cancer-treatment-Notes-inability-to-activate-CTLs-in_fig1_330435495

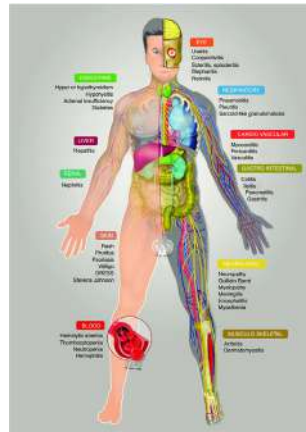


Inmunoterapia



Inmunoterapia: Toxicidad

Aunque generalmente leves y poco frecuentes, la toxicidad inmunomediada puede existir en cualquier órgano.



Management of Immune Checkpoint Blockade Dysimmune Toxicities: a collaborative position paper - Scientific Figure on ResearchGate.
Available from: https://www.researchgate.net/figure/Spectrum-of-toxicity-of-immune-checkpoint-blockade-agents_fig1_288831499

Gracias





TALLER 4



Tipos de tratamiento y efectos secundarios

14 de junio | 11.00 a 12.30 h.

Cuidados y toxicidades de los tratamientos sistémicos

Dña. María Dolores Pérez

Supervisora Hospital de día de Oncología Médica.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

El Cáncer de Pulmón se caracteriza por su complejidad y la dificultad para la obtención de muestras histopatológicas adecuadas, lo que ha llevado en el pasado a los clínicos a la distinción simplificada en dos grandes grupos, Cáncer de Pulmón de células pequeñas y Cáncer de Pulmón de células no pequeñas.

Este escenario está cambiando de forma rápida gracias fundamentalmente a la mejoría de los procedimientos para la obtención de muestras, así como a la generalización de nuevas técnicas que permiten la mejor tipificación de los distintos subtipos de cáncer de pulmón. Es de especial relevancia la aparición de los distintos subgrupos moleculares, con alteraciones tales como EGFR, ALK, ROS1, RET, MET, BRAF, HER2, NTRK, etc. y otras conocidas desde hace mucho tiempo, pero para las que no teníamos un tratamiento eficaz como es KRAS. En el cáncer de pulmón es, si cabe, más importante que cualquier otro tipo tumoral hacer un buen diagnóstico molecular y no solo anatomo-patológico. Además, es relevante a la hora de la toma de decisión del mejor tratamiento para cada cáncer de pulmón los niveles de expresión de PDL1, que junto o no con quimioterapia, abren el paso a los tratamientos con inmunoterapia.

Este enfoque, complejo, hace preciso al debut de la enfermedad realizar un esfuerzo para obtener una buena muestra, procesarla de la manera más rápida y adecuada, con el fin de obtener la información más adecuada para cada paciente.

De manera histórica los fármacos que hemos utilizada para el tratamiento del cáncer de pulmón son los quimioterápicos. Estos actúan evitando que las células cancerígenas crezcan, se dividan y se perpetúen en el tiempo. Como las células cancerosas suelen crecer y dividirse más rápido que las células normales, la quimioterapia tiene mayor efecto en las células cancerosas, por lo tanto, si poseen cierta especificidad sobre las células tumorales. Sin embargo, los fármacos quimioterápicos pueden tener efectos nocivos sobre las células sanas. Las más afectadas por el efecto citotóxico de la quimioterapia son aquellas que comparten características con las células tumorales, especialmente la multiplicación celular a gran velocidad, como son las de los folículos pilosos, de la médula ósea, el tubo digestivo y el sistema reproductor. Configurando de esta manera los efectos secundarios típicos de la quimioterapia.

En efecto hay muchos tipos de fármacos quimioterápicos, pudiendo utilizarse un solo fármaco o en combinación buscando una sinergia entre sus distintos mecanismos de acción. Existen así mismo diversas vías de administración para los fármacos quimioterápicos, se pueden administrar de forma intravenosa y de forma oral. La quimioterapia se administra en ciclos semejantes al ciclo de crecimiento y reproducción que tiene la célula, con etapas de tratamiento y etapas de descanso. Generalmente se realizan ciclos cada 21 o 28 días y la duración oscila dependiendo de cada paciente y cada enfermedad, pero suelen recibirse entre 4 y 6 ciclos, si bien dada la mejora en muchos quimioterápicos estos se pueden dar de manera continua. Estas estrategias se llaman generalmente mantenimiento y se hacen con un solo fármaco tras una inducción con una combinación de fármacos.

Desde hace unos años la inmunoterapia se ha consolidado como otro pilar en el tratamiento del cáncer al descubrir fármacos que consiguen re-educar a nuestro propio sistema inmunitario a combatir el cáncer. Nuestro sistema inmunitario está diseñado para hacer frente contra todo lo ajeno a nuestro organismo. Por lógica el cáncer es algo «extraño» pero a veces falla nuestro

sistema inmune, con lo que el cáncer consigue evadir al sistema inmunitario. Los fármacos conocidos como “puntos de control inmune” van dirigidos para conseguir que nuestro propio sistema inmunitario luche contra el cáncer y que enseñe y mantenga esa respuesta aun después de dejar de utilizar los fármacos ya que tiene una característica de «memoria inmunológica».

Por lo tanto, la inmunoterapia es un tipo de tratamiento que intensifica o restaura la capacidad de nuestro propio sistema inmunitario para luchar contra el cáncer.

Estas estrategias tienen mejor resultado si en las células tumorales existe expresión de una proteína llamada PDL1. Sin embargo, con la combinación de quimioterapia e inmunoterapia, un concepto que inicialmente no era muy atractivo, se ha conseguido mejorar mucho los resultados de eficacia de las dos estrategias por separado. Por tanto, hoy en día para la mayor parte de los tumores de pulmón la combinación de quimioterapia e inmunoterapia constituye el pilar fundamental del tratamiento.

Del mismo modo, y derivado del buen diagnóstico de precisión que se ha explicado, disponemos de diversos subgrupos moleculares para los que contamos con tratamiento específicamente dirigidos para ellos. Su mecanismo de acción consiste en detener una proteína de la que la célula depende para sobrevivir. Estos fármacos son habitualmente administrados por vía oral, y tienen un perfil de efectos secundarios, en general, más bondadoso con el paciente.

En general con respecto a los efectos secundarios de todas estrategias antitumorales es esencial conocerlos bien, explicarlos bien a los pacientes y sobre todo dar pautas sencillas para reconocerlos. La mejor aproximación es hacer una detección precoz de los mismos, lo que ayuda a su mejor manejo y eventualmente evitar tener que parar la medicación.

APRENDER A VIVIR:

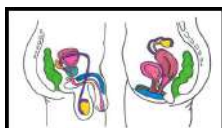
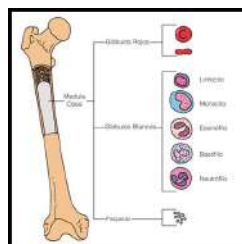
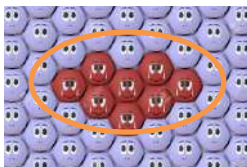
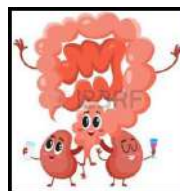
ESCUELA DE PACIENTES
CON CÁNCER DE PULMÓN

Proceso asistencial y abordaje del Cáncer de Pulmón. ¿Qué tipo de Cáncer tengo? ¿Cómo es su abordaje?

Dña. María Dolores Pérez Cárdenas
Supervisora Hospital de día de Oncología médica
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

QUIMIOTERAPIA

¿Que hace la quimioterapia?
Mata a las células cancerígenas
pero también a las células sanas

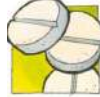


La combinación de varios fármacos quimioterápicos aumenta la probabilidad de matar a la célula cancerígena



Intravenoso

Vía oral



- ✓ Se administra la quimioterapia en ciclos: tratamiento / descanso
- ✓ Generalmente duran entre 21 y 28 días.
- ✓ La duración del tratamiento es, habitualmente, de 4 a 6 ciclos.



FÁRMACOS ORALES



- ✓ Piel
- ✓ Diarrea
- ✓ Ulceras en boca
- ✓ Pérdida de apetito



Efectos secundarios más leves.

Mecanismo de acción:
bloquean la señal para el crecimiento celular



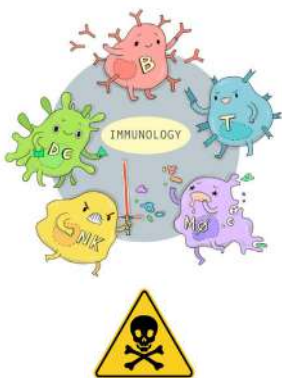
SISTEMA INMUNITARIO



Lucha contra lo extraño



«Falla» y aparece el cáncer



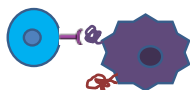
«Asesinar» a toda célula extraña



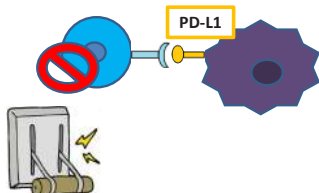
«Engañar» al propio SI



1. El linfocito reconoce a la célula tumoral y la elimina

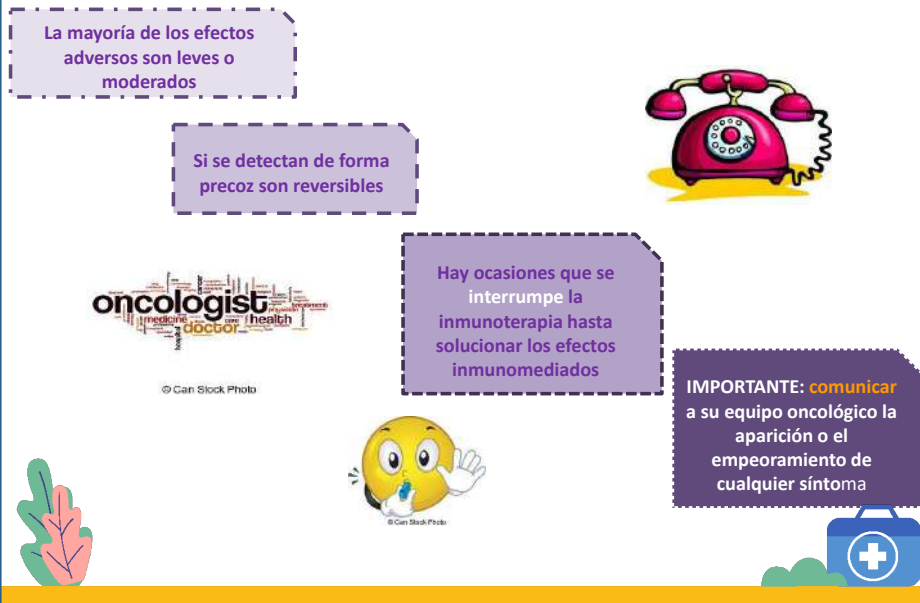
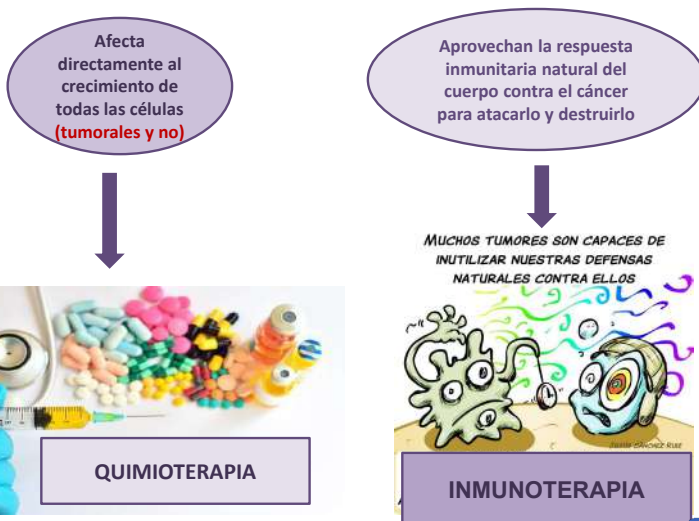


2. El tumor expresa PD-L1 e inactiva al linfocito



3. Tratamiento con anti-PD-(L)1 vuelve a reactivar al Linfocito







TALLER 5



Ensayos clínicos

21 de junio | 11.00 a 12.30 h.

¿Qué es un ensayo clínico? ¿Quién puede participar?

Dr. Santiago Ponce

Medicina de precisión, departamento de innovación terapéutica en fase precoz (DITEP).

Instituto Gustave Roussy.

Coordinador científico de la Fundación OncoSur.

Objetivos de la Investigación

Desde su creación, el Servicio de Oncología Médica ha intentado acompañar en el tratamiento de los pacientes con cáncer para mejorar su calidad de vida y poder incrementar su supervivencia. El Hospital 12 de Octubre ha sido uno de los hospitales más vanguardistas utilizando tratamientos novedosos desde fases precoces.

Las **fases del desarrollo de un medicamento** conforman varios procesos o etapas que culminan con la realización de los ensayos clínicos. Los ensayos, a su vez, también están divididos en diferentes fases que van desde la búsqueda de la dosis correcta, a través de unos pocos participantes, hasta la **eficiencia del nuevo** tratamiento en poblaciones de miles de personas. Por supuesto, se estudia, de forma paralela, la seguridad y eficacia del tratamiento, sus efectos secundarios y la calidad de vida de cualquier participante en un estudio al que se le administra un nuevo tratamiento.

Un fármaco, sólo podrá ser comercializado si ha sido sometido a un ensayo clínico que haya resultado positivo.

En los ensayos clínicos se desarrollan nuevas terapias o nuevas combinaciones de terapias existentes, debiendo ser considerados y discutidos con el paciente. El cáncer de pulmón en España es uno de los tumores con mayor incidencia y mortalidad. Su pronóstico ha cambiado drásticamente gracias al descubrimiento de las nuevas alteraciones genéticas y la medicina de precisión, con tratamientos más eficaces y con mejor perfil de efectos secundarios, así como la modulación del sistema inmune para que contribuya en el control del cáncer de pulmón.

¿QUIEN PUEDE PARTICIPAR EN UN ENSAYO CLINICO? La participación en los ensayos clínicos es *voluntaria*. El *protocolo* del ensayo indica quién puede participar en el estudio y explica las características que deben tener los pacientes voluntarios. Las reglas sobre quién puede participar se conocen como “criterios de inclusión/exclusión”.

No todos los pacientes se benefician de un ensayo clínico, ya que hay que cumplir con unos criterios de inclusión que garanticen su seguridad y siempre prima la integridad del paciente. Por este motivo una vez dentro de un protocolo de investigación clínica seguirá unos controles médicos y de enfermería así como pruebas complementarias encaminadas a controlar posibles efectos secundarios poco frecuentes. Ofrece dos beneficios fundamentales, el recibir un tratamiento novedoso o que aún no está disponible y además mejor selección del paciente que mejor responderá a una terapia concreta. Ciertamente contribuirá además a que futuros pacientes se beneficien de este conocimiento, al igual que los actuales se benefician del que otros pacientes realizaron en su momento.

Por todos los requerimientos exigidos en los ensayos clínicos, encaminados a la seguridad del paciente, es necesario un equipo extenso de personal cualificado y dedicado exclusivamente al desarrollo de protocolos de investigación clínica dentro de los hospitales. Además ayudarán a estar en contacto permanente con el paciente haciendo más fluida la comunicación con el equipo médico y con la coordinación de las pruebas y de las visitas al centro.

APRENDER A VIVIR:

ESCUELA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

¿Qué es un ensayo clínico? ¿Quién puede participar?

Dr. Santiago Ponce Aix
Adjunto del servicio de Oncología Médica
Hospital 12 Octubre de Madrid

Co-organizadores:



ENSAYO CLINICO

Un **ensayo** clínico **es** un estudio de investigación que se realiza en pacientes.

Un **ensayo** clínico ayuda a conocer más la enfermedad, prevención, diagnóstico y tratamiento, además de efectos sobre la calidad de vida.

Los resultados de los ensayos clínicos son fundamentales para el desarrollo de nuevos tratamientos contra el cáncer.



FASES DEL ENSAYO CLÍNICO

- ❑ **FASE PRECLÍNICA:** Estudios in vitro en el laboratorio, y estudios in vivo con animales.
- ❑ **FASE I:** Ensayos clínicos más precoces en humanos. Objetivos: seguridad y dosis.
- ❑ **FASE II:** como objetivo la eficacia del tratamiento en una determinada patología.
- ❑ **FASE III:** comparación de resultados del nuevo tratamiento frente al tratamiento autorizado.
- ❑ **FASE IV:** se hace un seguimiento del fármaco para posible toxicidad a largo plazo.



Tipos de estudios clínicos

Fases de los ensayos clínicos



¿COMO PUEDO PARTICIPAR?

- ☐ Propuesta inicial por parte del oncólogo.
- ☐ Participación voluntaria, firma de consentimiento informado.
- ☐ Obligatorio cumplir los requerimientos del ensayo(criterios inclusión y exclusión).



PERSONAL INVOLUCRADO



CARCINOMA DE PULMÓN

- En España es uno de los tumores con mayor incidencia y mortalidad.
- El 80% de afectados son hombres, aunque las cifras en mujeres aumentan los últimos años.
- El pronóstico ha cambiado muchísimo gracias al descubrimiento de nuevas alteraciones genéticas.
- Los tratamientos son más dirigidos a cada paciente.
- Grandes avances en la curación y supervivencia.





TALLER 5



Ensayos clínicos

21 de junio | 11.00 a 12.30 h.

¿Qué es un ensayo clínico? ¿Quién puede participar?

Dr. Sara Gómez

Coordinadora de Ensayos clínicos de la Unidad de Tumores Torácicos.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

En este taller explicaremos de una manera clara y sencilla en que consiste un Ensayo Clínico. Evaluando las diferentes etapas de las que consta, desde que se selecciona un fármaco en un laboratorio hasta que lo tenemos disponible en el hospital.

Expondremos los diferentes recursos tanto humanos como materiales que son necesarios para llevar a cabo un ensayo clínico, y como trabajan de manera conjunta para llevar a cabo la correcta realización del ensayo clínico.

El paciente habitualmente sólo ve al personal de consultas y de hospital de oncología, pero en los ensayos clínicos, hay una gran maquinaria, que funciona como un engranaje para que en cada una de las visitas del paciente estén realizados todos los procedimientos indicados en el protocolo del ensayo clínico.

A grandes rasgos, describiremos las diferencias entre las visitas de los pacientes que acuden a las consultas médicas dentro y fuera de un ensayo clínico. Teniendo en cuenta las posibles variaciones en función del ensayo clínico en el que se esté participando.

Por último, desarrollaremos qué población de pacientes participa en los ensayos clínicos. Qué es el protocolo de un ensayo clínico, y cómo nos indica los pacientes que pueden participar en el ensayo clínico.



TALLER 6



Asesoramiento sobre prestaciones y cuestiones laborales. Información sobre recursos de la AECC

30 de junio | 11.00 a 12.30 h.

Asesoramiento sobre prestaciones y cuestiones laborales

Dña. Beatriz Arévalo

Trabajadora social. Servicio de Oncología médica, Oncología radioterápica.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

De qué hablamos cuando hablamos de discapacidad

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende como Discapacidad a aquella restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se refiere a los límites de las personas para realizar algunas actividades, es aquella condición bajo la cual, ciertas personas, presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que, a largo plazo, afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.

Beneficios y utilidades de la discapacidad

Beneficios Fiscales.

Prestaciones Económicas

Empleo

Jubilación Anticipada

Transporte
Conciliación Vida Familiar
Servicios Sociales
Ocio y Tiempo Libre

¿Qué es la dependencia?

La situación de dependencia es la situación permanente en la que se encuentran las personas que por diversas causas (edad, enfermedad, discapacidad, etc.) han perdido parte o toda su autonomía física, mental, intelectual o sensorial y necesitan de la ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, o de otros apoyos para su autonomía personal. La autonomía, por lo tanto, según la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Una de las grandes diferencias existente entre discapacidad y dependencia es que, una persona con discapacidad puede mantener su autonomía y por lo tanto no estar en situación de dependencia. Es decir, que una discapacidad no tiene que significar necesariamente la necesidad de dependencia.

La dependencia se da cuando la persona tiene limitaciones en la actividad que requieren el apoyo imprescindible de otra u otras personas para realizar, de forma adecuada, las tareas más elementales, como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. Estas son las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) contempladas por la Ley 39/2006.

Incapacidad laboral

La incapacidad laboral es la situación que ocurre cuando un trabajador no es capaz de realizar las funciones habituales de su puesto de trabajo. Por lo tanto, esta incapacidad se encuentra estrechamente relacionada con la

posibilidad de desempeñar un puesto de trabajo, más que con la gravedad propia de la enfermedad o dolencia.

Tipos de incapacidad laboral según su grado y alcance

- ❖ INCAPACIDAD TEMPORAL
- ❖ INCAPACIDAD PERMANENTE:
 - ✓ PERMANENTE PARCIAL
 - ✓ PERMANENTE TOTAL
 - ✓ PERMANENTE ABSOLUTA
 - ✓ GRAN INVALIDEZ



TALLER 6



Asesoramiento sobre prestaciones y cuestiones laborales. Información sobre recursos de la AECC

30 de junio | 11.00 a 12.30 h.

Información AECC

Dña. Sagrario Alegre

Coordinadora de voluntariado de la AECC.
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

La AECC es una organización sin ánimo de lucro. Se constituyó el 5 de Marzo de 1953 con el propósito de luchar contra el cáncer en todas las modalidades conocidas o que en el futuro se conocieran.

El 29 de Septiembre 1966 fue inscrita con el número nacional 3827 de la Sección 1ª en el Registro Nacional de las Asociaciones.

Fue declarada de “utilidad pública” por acuerdo del consejo de Ministros adoptado en su reunión del día 24 de Abril 1970.

La AECC tiene una Sede central en Madrid y 52 sedes provinciales con representación en unas 2000 localidades de todo el país.

Está compuesta por voluntarios, socios y personal contratado que aúnan esfuerzos para conseguir los objetivos de la Asociación. La integridad, profesionalización, dedicación y capacidad de respuesta de todos los miembros de la AECC ha generado una cultura común caracterizada por un continuo dinamismo.

La AECC ha sido analizada por la Fundación Lealtad y cumple con los principios de transparencia y buenas prácticas.

La estructura interna de la AECC viene determinada por sus estatutos registrados en el Ministerio del Interior, éstos establecen los órganos de gobierno de la organización.

Tenemos una presidencia de Honor, es un cargo honorífico asumido con carácter permanente por su Majestad la Reina Doña Leticia desde el año 2010.

Gracias a la Fundación científica más de 1000 investigadores estudian el cáncer en este momento. Todos los años abrimos convocatorias de ayuda para que se siga investigando el cáncer.

¿Quiénes somos?

Somos profesionales y voluntarios especializados. Trabajamos con integridad, dedicación y buscando la profesionalización de nuestros servicios. Nos esforzamos cada día por mejorar nuestra capacidad de respuesta y adaptarnos a nuevas necesidades.

Todos nuestros servicios son gratuitos para pacientes y familiares afectados por el cáncer.

Infocáncer tiene un teléfono gratuito para ayudar a los pacientes y familiares.

La AECC trabaja para defender a las personas frente al cancer a través de la mejora de las políticas sanitarias y a la concienciación de la sociedad. Nuestros logros van a beneficiar a toda la sociedad.

CORONAVIRUS Y CÁNCER: unidos para ayudarte

Bajo el lema “El cáncer estaba e stá y estará” la AECC junto a otras asociaciones han unido sus fuerzas para que no se olviden las necesidades de una población con una enfermedad de la que cada año mueren en España más de 110.000 personas.

Una de cada tres personas con cáncer padece ansiedad y depresión a causa del confinamiento provocado por la crisis del coronavirus. Dos de los factores que han provocado esto son la sobreinformación y el miedo al contagio.

APRENDER A VIVIR:

ESCUELA DE PACIENTES
CON CÁNCER DE PULMÓN

PRESENTACIÓN DE PROGRAMAS & RECURSOS

Sagrario Alegre
Coordinadora voluntariado
Hospital 12 de Octubre

Co-organizadores:



Introducción

DESDE HACE MÁS DE 65 AÑOS LIDERAMOS LA LUCHA
CONTRA EL CÁNCER
CON UN ÚNICO OBJETIVO:

“Trabajamos unidos para educar en salud, apoyar y
acompañar a las personas enfermas y sus familias, y
financiar proyectos de investigación que permitirán
un mejor diagnóstico y tratamiento del cáncer”.



Schover. Climacteric, 2018



Abordamos el cáncer desde un enfoque integral

INFORMAR Y CONCIENCIAR

Cómo prevenir el cáncer

El 40% de los cánceres se podrían prevenir

APOYAR Y ACOMPAÑAR

A pacientes y familiares durante todo el proceso de la enfermedad

IMPULSAR LA INVESTIGACIÓN

"Somos la entidad privada que más fondos destina a la investigación"

Más de 90 millones € comprometidos en proyectos de investigación.



Situación actual. Año 2021:

Cada día nos ponemos al servicio de las personas que nos necesitan.

9.288

PACIENTES Y FAMILIARES ATENDIDOS POR PROFESIONALES PRESENCIAL / ONLINE

34

HOSPITALES EN LOS QUE ESTAMOS PRESENTES A TRAVÉS DE NUESTRO VOLUNTARIADO

50.565

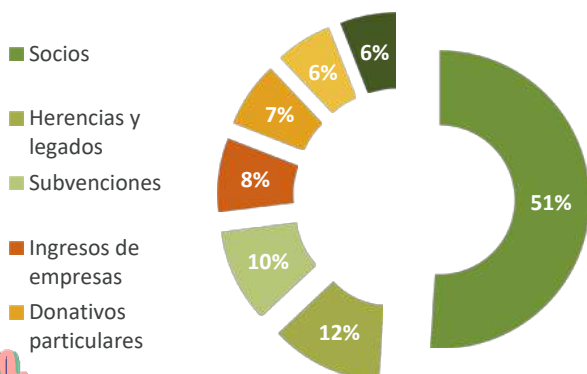
PACIENTES Y FAMILIARES ATENDIDOS POR VOLUNTARIOS EN HOSPITALES

1.691

VOLUNTARIOS CON ACTIVIDAD CONTINUADA (670 EN HOSPITALES)



Para poder llevarlo a cabo:



**JP Madrid
más de 84.220
socios.**

Recursos PROFESIONALES

Atención social
Información y asesoramiento sobre prestaciones y recursos sociales.
Apoyo en las dificultades familiares y económicas derivadas de la enfermedad. Orientación para la reincorporación laboral.



Prevención del cáncer
Actividades dirigidas a prevenir el cáncer, promover hábitos saludables y grupos para dejar de fumar.

Residencia oncológica temporal
Residencia oncológica temporal para pacientes que vienen a recibir su tratamiento a Madrid.



Atención dirigida al bienestar físico
Orientación y talleres dirigidos al autocuidado para abordar los efectos secundarios y mejorar el estado de salud.
Orientación Sanitaria, Fisioterapia Oncológica y Ejercicio Físico Oncológico.



Atención psicológica
Asesoramiento y apoyo profesional para que personas con cáncer y familiares puedan manejar el malestar emocional causado por la enfermedad y sus tratamientos.

Espacios activos



Investigación

¿Por qué es necesario investigar en cáncer?

Cada año se diagnostican
en España

228.482

nuevos casos de
cáncer cada año*



1 de cada 2
hombres



1 de cada 3
mujeres

Desarrollarán cáncer en España

+ de **1.500.000**
españoles**

*Fuente: Observatorio del Cáncer AECC
** Fuente SEOM



Investigación

La AECC mantiene como uno de sus objetivos prioritarios la investigación oncológica de calidad y es, a día de hoy, la entidad social y privada que más fondos destina a investigar el cáncer.

INVESTIGACIÓN ONCOLÓGICA DE CALIDAD ORIENTADA AL PACIENTE

- ✓ Responsable
- ✓ Transparente objetiva
- ✓ Independiente

- 70M€ invertidos
- 4M € de la AECC Madrid en 2019
- 380 proyectos
- 105 centros de investigación en 30 provincias

INVESTIGACIÓN DESTINADA A REDUCIR EL IMPACTO DEL CÁNCER

01 6,1%*
PREVENCIÓN

04 45,9%*
TRATAMIENTO

02 4,1%*
DIAGNÓSTICO PRECOZ

03 13,6%*
DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

05 20,2%*
RESISTENCIA

06 9,5%*
METÁSTASIS



Investigación

Gracias a la investigación muchas personas superan la enfermedad

25%
Índice de Supervivencia



1953

60%*
Índice de Supervivencia



2014

75%**
Índice de Supervivencia



Horizonte a 20 años



¡¡Muchas gracias!!



SAGRARIO ALEGRE
605 639 457

[Sagrario.alegre@
contraelcancer.es](mailto:Sagrario.alegre@contraelcancer.es)



Colaboradores:



Co-organizadores:

