

ANEXO 1. HOJA DE REGISTRO DE DRENAJE

PleurX® catheter system/ Sistema de catéter PleurX®

Drainage record/Registro de drenaje

Patient name/Nombre del paciente

© 2010 CareFusion Corporation or one of its subsidiaries. All rights reserved. PleurX is a registered trademark of CareFusion Corporation or one of its subsidiaries. IS1513 (0910/15000)

CareFusion
Waukegan, IL

carefusion.com



CareFusion

ANEXO 2. ESCALA PRONÓSTICA LENT

Variable	Puntos
LDH en líquido pleural (UI/L)	
<1500	0
>1500	1
ECOG	
0	0
1	1
2	2
3 o 4	3
Relación neutrófilos/linfocitos en suero	
<9	0
>9	1
Tipo de tumor	
Riesgo bajo: mesotelioma, hematológico	0
Riesgo moderado: mama, ginecológico, renal	1
Riesgo alto: pulmón y otros	2

Categorías (media de supervivencia en días)	Puntuación total
Bajo riesgo (319 días)	0-1
Moderado riesgo (130 días)	2-4
Alto riesgo (44 días)	5-7

ANEXO 3. ESCALA PRONÓSTICA PROMISE

Variable	Puntos
Quimioterapia previa	
No	0
Si	4
Radioterapia previa	
No	0
Si	2
Hemoglobina (g/dL)	
>16	0
14-16	1
12-14	2
10-12	3
<10	4
Leucocitos (10^9 células/L)	
<4	0
4-6,3	2
6,3-10	4
10-15,8	7
> 15,8	10
Proteína C reactiva (UI/L)	
<3	0
3-10	3
10-32	5
32-100	8
>100	11
ECOG	
0-1	0
2-4	7
Tipo de tumor	
Mesotelioma	0
Otros tipos de cáncer	4
Pulmón	5

Categorías (mortalidad a los 3 meses)	Puntuación total
<25%	0-20
25 a <50%	21-27
50 a <75%	28-35
> o = 75%	>35

ANEXO 4. COMITÉ DE ÉTICA FAVORABLE



Departamento de Sanidad

Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI23/617

7 de febrero de 2024

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 07/02/2024, Acta Nº 03/2024 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Análisis del uso del catéter pleural tunelizado en el manejo y tratamiento del derrame pleural de origen tumoral

Alumna: Isabel Escanilla Royo

Tutoras: Laura Anoro Abenoza, María Hernández Bonaga

Versión protocolo: Versión 3, de fecha 31/01/2024

Versión documento de información y consentimiento: Versión 3, de fecha 31/01/2024

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA - MARIA - DNI 03857456B
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
Fecha: 2024.02.09
09:56:42 +01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO 5. CUESTIONARIO SF12

Instrucciones:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

Sí, me limita mucho

Sí, me limita un poco

No, no me limita nada

3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

Sí, me limita mucho

Sí, me limita un poco

No, no me limita nada

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

Sí

No

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

o Sí

o No

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

o Sí

o No

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

o Sí

o No

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

o Nada

o Un poco

o Regular

o Bastante

o Mucho

9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

o Siempre

o Casi siempre

o Algunas veces

o Muchas veces

o Sólo alguna vez

o Nunca

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

o Siempre

o Casi siempre

o Algunas veces

o Muchas veces

o Sólo alguna vez

o Nunca

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

o Siempre

o Casi siempre

o Algunas veces

o Muchas veces

o Sólo alguna vez

o Nunca

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

o Siempre

o Casi siempre

o Algunas veces

o Muchas veces

o Sólo alguna vez

o Nunca

ANEXO 6. CUESTIONARIO EQ-5D-5L

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describa su salud HOY.

MOVILIDAD

No tengo problemas para caminar

Tengo problemas leves para caminar

Tengo problemas moderados para caminar

Tengo problemas graves para caminar

No puedo caminar

CUIDADO PERSONAL

No tengo problemas para lavarme o vestirme solo

Tengo problemas leves para lavarme o vestirme solo

Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme solo

Tengo problemas graves para lavarme o vestirme solo

No puedo lavarme o vestirme solo

ACTIVIDADES COTIDIANAS (p. ej., trabajar, estudiar, hacer tareas

domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas

Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas

Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas

Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas

No puedo realizar mis actividades cotidianas

DOLOR / MALESTAR

No tengo dolor ni malestar

Tengo dolor o malestar leve

La mejor salud
que usted se
pueda imaginar

Tengo dolor o malestar moderado

Tengo dolor o malestar fuerte

Tengo dolor o malestar extremo

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

No estoy ansioso ni deprimido

Estoy levemente ansioso o deprimido

Estoy moderadamente ansioso o deprimido

Estoy muy ansioso o deprimido

Estoy extremadamente ansioso o deprimido

Nos gustaría saber lo buena o lo mala que es su salud HOY.

La escala está numerada de 0 a 100.

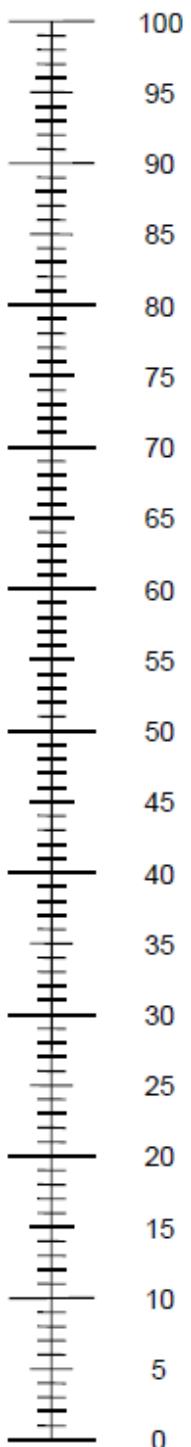
100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.

0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.

Ahora, escriba en el casillero que encontrará a continuación el número que marcó en la escala.

SU SALUD HOY =



La peor salud
que usted se
pueda imaginar