



Universidad
Zaragoza



**Universidad de
Zaragoza
Facultad de Ciencias de la
Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE
GRADO

**ATENCIÓN PSICOSOCIAL A UN PACIENTE EN REMISIÓN DE
MIELOMA MÚLTIPLE**

Autor/a: Nuria Sara Redondo Benito

Director: Mercedes Ruidíaz Peña

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I. Resumen ----- | 3 |
| II. Introducción ----- | 5 |
| III. Objetivos ----- | 8 |
| IV. Metodología ----- | 9 |
| V. Desarrollo: PAE ----- | 11 |
| a) Valoración ----- | 11 |
| b) Diagnósticos y planificación ----- | 14 |
| c) Evaluación ----- | 20 |
| VI. Conclusiones ----- | 21 |
| VII. Referencias bibliográficas ----- | 22 |
| VIII. Anexos ----- | 26 |
| - Anexo 1 – Clasificación de las gammapatías monoclonales --- | 26 |
| - Anexo 2 – Factores pronósticos desfavorables en el mieloma múltiple ----- | 27 |
| - Anexo 3 – Alteraciones inmunológicas y microorganismos infectantes según las diferentes modalidades terapéuticas ---- | 28 |
| - Anexo 4 – Valoración según las 14 Necesidades Humanas Básicas de Virginia Henderson ----- | 29 |
| - Anexo 5 – Escala de ansiedad y depresión de Goldberg ----- | 31 |

RESUMEN

Introducción: El mieloma múltiple es una neoplasia hematológica, que se caracteriza cada vez más por los problemas asociados a la enfermedad crónica y a la supervivencia. No es posible identificar un tumor sólido localizado, lo que le confiere un carácter difuso que puede dificultar la comprensión por parte del paciente. Además, suele tener un comienzo súbito, lo que crea un gran impacto emocional. Por lo tanto, es importante que Enfermería responda a las necesidades físicas, psicológicas y sociales, tanto durante la enfermedad como tras la remisión.

Objetivo principal: Realizar un Plan de Atención de Enfermería dirigido a un paciente con mieloma múltiple en fase de remisión, remarcando el aspecto psicosocial, para mejorar su calidad de vida, en Atención Primaria.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y se ha elaborado un Plan de cuidados utilizando las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y destacando los diagnósticos más relevantes mediante la taxonomía NANDA/NIC/NOC. El trabajo se ha centrado en un paciente con mieloma múltiple en fase de remisión completa, en el ámbito de Atención Primaria.

Conclusión: Un plan de cuidados que remarca el aspecto psicosocial del mieloma múltiple es de utilidad porque consigue mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: mieloma, cuidados de enfermería, epidemiología, tratamiento, oncohematológico, tumor no sólido, psicológico.

ABSTRACT

Introduction: Multiple myeloma is a hematologic malignancy, characterized with increased frequency by symptoms associated with chronic disease and survival. It is not possible to identify a solid tumor localized, which confers it a diffuse character that can hinder the understanding by the patient. It usually has a sudden onset, which creates a great emotional impact. All of which taken into consideration, the Nursing approach and therapy should meet the physical, psychological and social needs, both during and after the illness period.

Main goal: The creation and implementation of a Nursing Care Plan, focused on patients in multiple myeloma remission phase. The psychosocial side of it will be highlighted, efforts focused on the improvement of the patient's life quality from the Primary Care attention.

Methodology: After a comprehensive literature, a care plan has been developed, using the 14 basic needs of Virginia Henderson and highlighting the most relevant diagnosis by NANDA / NIC / NOC taxonomy. The job has been focused on a patient in multiple myeloma remission phase and the field of study are Primary Care centers.

Conclusions: A health care plan highlighting the psychosocial side of multiple myeloma is useful since it improves the patients' life quality.

Keywords: Myeloma, nursing care, epidemiology, treatment, oncohematologic, non solid tumor, psychological.

INTRODUCCIÓN

Las hematopatías o enfermedades de la sangre pueden afectar básicamente a elementos celulares, plasmáticos, órganos hematopoyéticos y órganos linfoides. Las gammapatías monoclonales constituyen un grupo de trastornos hemáticos caracterizados por la proliferación clonal de células plasmáticas que producen una proteína homogénea de carácter monoclonal (componente M). (1) (ANEXO 1)

El mieloma múltiple (MM), mielomatosis o enfermedad de Kahler, es el prototipo de gammapatía monoclonal maligna. Es una neoplasia hematológica en la que las células plasmáticas, se multiplican de forma descontrolada e infiltran la médula ósea, los ganglios linfáticos, el bazo y otros tejidos. Las células plasmáticas malignas se originan en un clon de linfocitos B (monoclonales), que producen cantidades anormalmente elevadas de una inmunoglobulina concreta, la proteína M, y sus cadenas. Esta proteína anormal interfiere con la producción de anticuerpos normales y altera la respuesta inmunitaria humoral. También incrementa la viscosidad de la sangre y puede lesionar los túbulos renales. Conforme proliferan las células del mieloma, van sustituyendo a la médula e infiltran el propio hueso. Al progresar la enfermedad, las células malignas se diseminan por vía hematógena e infiltran otros órganos. (1-7)

El MM representa el 1% de todos los tumores malignos y el 10% de los tumores hematológicos. Es más frecuente en varones (ligeramente) y en la raza negra (el doble), y la edad media del diagnóstico es entorno a los 65 años. La distribución racial y geográfica del mieloma varía ampliamente. Los datos más bajos se dan en los países desarrollados, lo que puede explicarse por una más larga esperanza de vida y mayores facilidades médicas. (5, 8-12). También pueden contribuir factores como exposición a la radiación, virus congénitos, estímulos inflamatorios y estimulación antigénica crónica. (7) En España, según la Fundación de Leucemia y Linfoma, las enfermedades oncohematológicas son la 5ª causa de cáncer. Cada año se diagnostican unos 3000 casos de MM. En cuanto a la mortalidad, se está observando un aumento de la edad promedio a la que se están produciendo

las defunciones por enfermedades oncohematológicas, lo que sugiere una mejora en la supervivencia y en la cronificación de muchos casos. En 2013 la incidencia fue de 25 casos por cada 100.000 habitantes (56% hombres y 44% mujeres). Los datos más altos se dieron en la ciudad de Lleida (54/100.000 hab.) y los más bajos en Huelva (16/100.000 hab.). Aragón se sitúa por encima de la media nacional, con 35 casos por cada 100.000 habitantes. (4, 13, 14)

En cuanto a los síntomas, el dolor óseo es el más frecuente. Se localiza preferentemente en la columna vertebral y en la parrilla costal. En ocasiones, el paciente siente compresión en la médula espinal, o se palpa una tumoración sobre el cráneo, clavículas, parrilla costal o esternón.

Son frecuentes la anemia, astenia y pérdida de peso. La fiebre debida a la propia enfermedad es excepcional. En muchos casos, la primera manifestación del MM la constituyen infecciones de repetición, entre las que destaca la neumonía neumocócica. Otras veces la enfermedad se manifiesta con insuficiencia renal con o sin sintomatología secundaria a hipercalcemia. La diátesis hemorrágica, en forma de epistaxis, hematuria o equimosis, es rara. También existen casos asintomáticos. (1, 8, 12, 15)

El MM es sumamente tratable pero rara vez curable. Su pronóstico ha mejorado, así como la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, gracias a los avances en el tratamiento. (3, 8, 16, 17) (ANEXO 2) Los regímenes terapéuticos incluyen corticosteroides, quimioterapia inhibidores del proteasoma, agentes inmunomoduladores y TCH (trasplante células hematopoyéticas), autólogo o alogénico, de células progenitoras de sangre periférica. (4, 6, 8, 16, 18) (ANEXO 3) Las toxicidades asociadas al tratamiento del MM incluyen mielosupresión, tromboembolismo venoso, neuropatía periférica, infecciones, fatiga, trastornos gastrointestinales, y/o trastornos cardíacos. (18, 19)

La experiencia de los pacientes que padecen MM se caracteriza cada vez más por los problemas asociados a la enfermedad crónica y a la supervivencia. Al ser una enfermedad poco frecuente, es poco conocida por los pacientes y el entorno, lo que provoca miedo, ansiedad e ideas

equivocadas. Es decir, que la información por parte de Enfermería es imprescindible en este proceso. En este tipo de cáncer no es posible identificar un tumor sólido localizado, lo que les confiere un carácter difuso que puede dificultar al paciente y su familia comprender el proceso de la enfermedad. Merece también especial atención el comienzo súbito y generalmente con sintomatología menor. La enfermedad es detectada en muchas ocasiones por reconocimientos rutinarios o por pruebas ajenas. En un tiempo muy breve, personas que creen que su estado es saludable han de adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad grave, lo que provoca un gran impacto a nivel emocional. Es importante por lo tanto para los enfermeros responder a las necesidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales de los pacientes, tanto durante la enfermedad como una vez que ésta ha pasado. (13, 20)

Las enfermedades oncohematológicas tienen una serie de repercusiones entre las que se encuentran las físicas, psicológicas, sociales y económicas. En estos pacientes existe una ruptura y un cambio en el rol social, así como en su estatus emocional. Además, muchas veces carecen de la información necesaria acerca de la enfermedad y cómo afrontarla.

Se describe el significado y la vivencia de padecer cáncer como un sentimiento de amenaza, de enfermedad tabú, de posibilidad de muerte, de cambios de humor, así como ansiedad, depresión, sensación de aislamiento y soledad en las distintas fases de la enfermedad. Destaca el aislamiento social, como impacto social más destacado, causado en parte por la inmunodepresión. El apoyo social mejora la respuesta cognitiva ante la enfermedad, además es considerada una variable que influye en el bienestar emocional, o incluso, sobre el tiempo de supervivencia.

Considerando lo antes expuesto es posible afirmar que la atención ofrecida al paciente con mieloma múltiple debe poseer un carácter integral y multidisciplinario, donde se valoren no solo los aspectos vinculados a la enfermedad, sino también al paciente que la padece en toda su dimensión biopsicosocial, permitiendo el apoyo afectivo y espiritual que este requiere. (13, 20-22)

OBJETIVO GENERAL

- Realizar un Plan de Atención de Enfermería dirigido a un paciente con mieloma múltiple en fase de remisión, remarcando el aspecto psicosocial, para mejorar su calidad de vida, aplicado en Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar al paciente acerca del proceso y de la evolución de su enfermedad.
- Infundir al paciente optimismo y capacidad de lucha, disminuyendo el miedo y la ansiedad.
- Ayudar al paciente a recuperar su rol social habitual, promoviendo la normalidad.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo, Google académico y Dialnet. Para realizar la revisión se han impuesto las siguientes limitaciones: año de publicación (2005-2015) e idiomas (inglés, francés y español), y se han utilizado las palabras clave: mieloma AND "cuidados de enfermería"; mieloma; mieloma AND epidemiología; mieloma AND tratamiento; oncohematológico OR "tumor no sólido" AND psicológico. La información se implementó utilizando páginas web (INE, NCI, SEOM) y libros de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza y de Google Books. El trabajo se realizó durante los meses de febrero a mayo de 2015.

Se ha realizado un Proceso de Atención de Enfermería utilizando las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson para la valoración y destacando los diagnósticos, objetivos e intervenciones más relevantes, mediante la taxonomía NANDA/NIC/NOC, que es la metodología enfermera de consenso a nivel internacional.

El trabajo se ha centrado en un paciente con mieloma múltiple en fase de remisión, necesitado de cuidados enfermeros para resolver problemas psicosociales causados por la enfermedad.

El ámbito de actuación ha sido un centro de Atención Primaria.

Búsqueda bibliográfica

| Base de datos | Palabras clave | Limitaciones | Artículos encontrados | Artículos utilizados |
|-----------------|--|----------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Pubmed | Mieloma AND "cuidados de enfermería" "Mieloma" Mieloma AND | Año de publicación: 2005-2015 | 7 | 3 |
| Cuiden | | | 4 | 1 |
| Google academic | | | 12 | 7 |
| Scielo | | Idiomas: inglés, | 1 | 1 |
| Dialnet | | | 9 | 4 |

| | | | | |
|--------------------|--|--|--------------------------------|-------------------------------|
| | epidemiología Mieloma AND tratamiento Oncohematológico OR "tumor no sólido" AND psicológico | francés y español | | |
| Libros | Palabras clave | Limitaciones | Libros encontrados | Libros utilizados |
| Google books | Mieloma AND "cuidados de enfermería" "Mieloma" "Myeloma" Mieloma AND epidemiología Mieloma AND tratamiento Oncohematológico OR "tumor no sólido" AND psicológico | Año de publicación: 2005-2015 Idiomas: inglés, francés y español | 3 | 1 |
| Biblioteca UZ | mieloma | | 2 | 2 |
| Páginas web | Palabras clave | Limitaciones | Páginas web encontradas | Páginas web utilizadas |
| SEOM NCI | SEOM NCI | | 3 | 3 |

| | | | | |
|-----|-----|--|--|--|
| INE | INE | | | |
|-----|-----|--|--|--|

DESARROLLO

El PAE comprende las siguientes etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

VALORACIÓN

CASO CLINICO

Datos generales:

- Nombre: M.S.G.
- Sexo: Varón
- Fecha de nacimiento: 4/2/1952
- Persona con la que convive: Su mujer
- Estado civil: Casado
- Situación laboral: Activo
- Domicilio: Av./ Valencia
- Teléfono: 617395672

Antecedentes familiares:

- Su padre murió de un infarto agudo de miocardio a los 54 años.
- Su madre es diabética.

Antecedentes personales:

- Alergias no conocidas
- Año 1975: Depresión
- Año 1999: Diagnóstico de hipertensión arterial
- Año 2002: Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2
- Año 2009: Diagnóstico de mieloma múltiple

Tratamiento actual: Dianben, Captopril, Nolotil, Paracetamol.

Motivo de la consulta: el paciente se siente deprimido y acude a la consulta porque se encuentra desprotegido y tiene miedo de padecer una recidiva de mieloma múltiple.

Valoración física actual:

- Exploración física:
 - Peso: 59 Kg
 - Talla: 162 cm
 - IMC: 23,5
- Signos vitales: Tensión Arterial: 135/74; Temperatura: 36,7º; Frecuencia Cardíaca: 75 pulsaciones/minuto; Frecuencia Respiratoria: 12 respiraciones/minuto

Historia de enfermería:

Paciente de 63 años que vive en Zaragoza, con su mujer. Actualmente trabaja como conserje en un colegio. Tiene un hijo de 30 años, que vive en Huesca y está en paro desde hace un año.

En 1975 su padre sufre un infarto agudo de miocardio y muere, lo que le provoca una depresión que le dura un año y medio. En 1999 es diagnosticado de HTA y en 2002, de diabetes, pero está controlado, ya que hace ejercicio físico (camina una hora diaria), lleva una alimentación adecuada, y toma los fármacos correspondientes. En 2009 es diagnosticado de mieloma múltiple, y es ingresado para su tratamiento durante ocho meses. Durante este tiempo, su mujer le cuida diariamente en el hospital, y recibe visitas semanales de su hijo. En 2010 hay una remisión de la neoplasia y le dan el alta hospitalaria. Hasta el año 2015, va periódicamente a consultas externas para hacer los controles pertinentes. Durante los años que duran estas revisiones, el paciente está animado y tranquilo.

En Marzo de 2015 viene a la consulta y relata que tiene miedo de padecer una recidiva y de que el tiempo juegue en su contra, puesto que ha dejado de ir a los controles del centro hospitalario.

También le preocupan los dolores óseos que padece, aunque son esporádicos y fácilmente controlables con los analgésicos. Durante las semanas que lleva desde su último control, está un poco decaído, se preocupa menos de su vida social y de sus actividades de ocio, habla menos

con su mujer y con su hijo, y verbaliza ansiedad ante una recidiva y ante la muerte. Le cuesta conciliar el sueño.

En el año 2009, cuando es diagnosticado de mieloma y durante los primeros meses de tratamiento, M.S.G. se encuentra deprimido y sin fuerzas para luchar, y se siente aislado socialmente (aunque recibe visitas de su mujer y su hijo), debido a la hospitalización y al aislamiento por inmunodepresión, y teme que se vuelva a repetir esta situación en caso de recaída. Antes de esto, le gustaba leer y ver películas, e iba diariamente al bar con sus amigos.

Su mujer refiere que siempre ha sido un poco pesimista e hipocondriaco, y que tiene tendencia a deprimirse. El paciente también nos cuenta que tiene miedo de enfermar y no poder trabajar, ya que su mujer es ama de casa y su hijo está en paro desde hace un año.

Valoración enfermera:

- La valoración se ha realizado según el modelo de cuidados de Virginia Henderson, en el cual se definen 14 necesidades humanas básicas. Valorando todos los ítems, el enfermero encargado de la valoración ha identificado en cada una de las 14 necesidades el grado de independencia o dependencia del paciente. (ANEXO 4)
- El paciente ha respondido la escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Los resultados de esta escala han demostrado que tiene probable ansiedad y depresión. (ANEXO 5)
- El enfermero ha valorado la comprensión que tiene el paciente acerca de su patología, el grado de ansiedad, la autoestima, la influencia del proceso en su rol social, la presencia de dolores óseos.
- A partir de esta valoración se han obtenido los diagnósticos que se exponen a continuación.

DIAGNOSTICOS (NANDA) Y PLANIFICACION [objetivos (NOC) e intervenciones (NIC)]

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES r/c mala interpretación de la información m/p verbalización del problema

NOC:

- Conocimiento: proceso de la enfermedad

Indicadores: características de la enfermedad, efectos fisiológicos de la enfermedad, efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo, beneficios del control de la enfermedad, grupos de apoyo disponibles.

NIC:

- Enseñanza: proceso de enfermedad

Actividades: evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico, explicar la fisiopatología de la enfermedad, comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad, describir las posibles complicaciones crónicas, instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/ minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, explorar recursos/ apoyo posibles.

00153 RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL r/c cambios del rol social

NOC:

- Afrontamiento de problemas
- Creencias sobre la salud: percepción de control
- Desempeño del rol

Indicadores: identifica patrones de superación eficaces, verbaliza aceptación de la situación, refiere aumento del bienestar psicológico, desempeño de las conductas del rol familiar, desempeño de las conductas del rol social.

NIC:

- Mejorar el afrontamiento
- Clarificación de valores
- Potenciación de roles

Actividades: ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo, a priorizar los valores y a identificar los diversos roles en el ciclo vital y las conductas necesarias para el desarrollo de los mismos.

00055 DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL r/c depresión m/p cambio en los patrones usuales de responsabilidad

NOC:

- Desempeño del rol

Indicadores: desempeño de las conductas del rol familiar, desempeño de las conductas del rol social.

NIC:

- Potenciación de roles

Actividades: ayudar al paciente a identificar los diversos roles en el ciclo vital y las conductas necesarias para el desarrollo de roles.

00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL r/c alteración de los procesos de pensamiento m/p interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos

NOC:

- Clima social de la familia
- Implicación social

- Participación en actividades de ocio

Indicadores: trabaja conjuntamente con la familia para satisfacer los objetivos, comparte sentimientos con la familia, interacción con amigos íntimos, participación en actividades de ocio, uso de las habilidades sociales de interacción apropiadas.

NIC:

- Estimulación de la integridad familiar
- Terapia familiar
- Potenciación de la socialización
- Grupo de apoyo

Actividades: facilitar el diálogo familiar, fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas, fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes, utilizar un grupo de apoyo.

00147 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE r/c anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás, anticipación de sufrimiento m/p preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas allegadas, miedo al proceso de morir, miedo a desarrollar una enfermedad terminal

NOC:

- Nivel de ansiedad
- Nivel de depresión
- Nivel de miedo

Indicadores: desasosiego, irritabilidad, indecisión, aprensión verbalizada, trastorno del sueño, estado de ánimo deprimido, pérdida de interés por actividades, falta de autoconfianza.

NIC:

- Disminución de la ansiedad
- Control del humor

- Dar esperanza

Actividades: utilizar un enfoque sereno que de seguridad, ayudar al paciente/ familia a identificar las áreas de esperanza en la vida, mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad sólo como una faceta de la persona.

00185 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA m/p manifiesta deseos de mejorar la esperanza

NOC:

- Esperanza
- Salud espiritual
- Toma de decisiones

Indicadores: expresión de confianza, expresión de ganas de vivir, expresión de paz interior.

NIC:

- Dar esperanza
- Facilitar el crecimiento espiritual
- Apoyo en la toma de decisiones

Actividades: ayudar al paciente/ familia a identificar las áreas de esperanza en la vida, fomentar la conversación que ayude al paciente a organizar los intereses espirituales, ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas.

00133 DOLOR CRÓNICO r/c incapacidad física crónica m/p informes verbales de dolor

NOC:

- Control del dolor
- Dolor: respuesta psicológica adversa
- Nivel del dolor

Indicadores: utiliza los analgésicos de forma apropiada, refiere cambios en los síntomas al personal sanitario, utiliza los recursos disponibles, refiere dolor controlado.

NIC:

- Manejo del dolor
- Aumentar el afrontamiento
- Manejo de la medicación
- Apoyo emocional

Actividades: asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes, determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles), determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo, observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

00053 AISLAMIENTO SOCIAL r/c alteraciones del estado de bienestar m/p incomunicación, ensimismamiento, falta de contacto visual.

NOC:

- Clima social de la familia
- Implicación social
- Participación en actividades de ocio

Indicadores: trabaja conjuntamente con la familia para satisfacer los objetivos, comparte sentimientos con la familia, interacción con amigos íntimos, interacción con miembros de grupo de trabajo, participación en actividades de ocio, uso de las habilidades sociales de interacción apropiadas.

NIC:

- Estimulación de la integridad familiar

- Terapia familiar
- Potenciación de la socialización
- Grupo de apoyo

Actividades: facilitar el diálogo familiar, fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas, fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes, utilizar un grupo de apoyo.

EVALUACIÓN

El enfermero citará a M.S.G. en la consulta en un plazo un mes para evaluar su estado de ansiedad y depresión tras incorporar las intervenciones de Enfermería.

Se pedirá al paciente que vuelva a contestar la escala de ansiedad y depresión de Goldberg y se compararán los resultados con los obtenidos durante la valoración.

Durante la consulta se detectará si se han alcanzado los objetivos propuestos o si resulta necesario planificar nuevos cuidados de Enfermería y/o derivar al paciente a otros profesionales del equipo multidisciplinar.

CONCLUSIONES

1. La información acerca de las complicaciones de la enfermedad aporta sensación de control a los pacientes y reduce su ansiedad.
2. Mediante las intervenciones de Enfermería pertinentes, se consigue aumentar la autoestima y la esperanza en los pacientes.
3. Con apoyo e información adecuados, los pacientes pueden desarrollar su rol social con normalidad.
4. Un PAE sobre el aspecto psicosocial del mieloma múltiple es de utilidad porque consigue mejorar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras Valentí P, Rozman C, Von Domarus A, Cardellach López F. Medicina interna. 16ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
2. Heras M, Izquierdo J, Saiz A, Hernández J, Queizan JA, González J et al. Mieloma múltiple oligosecretor fulminante. Nefrología [Internet]. 2011[citado 18 de mayo de 2015]; 31 (6). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-mieloma-multiple-oligosecretor-fulminante-X0211699511000082>
3. Stephens M, McKenzie H, Jordens CFC. The work of living with a rare cancer: multiple myeloma. J Adv Nurs [Internet]. diciembre de 2014 [citado 18 May 2015];70(12):2800-2809. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24725097>
4. Costantini P, Cozzi J, Jordan R. Prevención y manejo de las infecciones en pacientes con mieloma múltiple. Hematología [Internet]. 2014 [citado 18 de mayo de 2015]; 18 (extraordinario): 40-50. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=XOMXBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA40&dq=bortezomid&ots=Y6C4LBNC6S&sig=0TN5DqrtASYMCfw-dOGRIX b2H4#v=onepage&q&f=true
5. Solis Cartas U, Torres Carballeira R, de Armas Hernandez A, García González V. Dolor óseo como forma de presentación de un mieloma múltiple. Revista Cubana de Reumatología [Internet]. 2014 [citado 18 de mayo de 2015]; 16(3):334-338. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4940531>
6. Cantín Lahoz V, Marcén Letosa M, Rojo Zulaica E, Aznar Buil B, Vecino Soler A. Primeras experiencias enfermeras en pacientes con mieloma múltiple mediante filtros de alto poro. Enferm Nefrol [Internet]. 2013 [citado 18 de mayo de 2015]; 16(1):95-96.

- Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000500047&script=sci_arttext
7. LeMone P, Burke K. Enfermería Medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4ª ed. Madrid: Pearson; 2009.
 8. Seom.org. Sociedad Española de Oncología médica [Internet]. Madrid: SEOM; 2006 [actualizada el 20 de marzo de 2013; acceso el 6 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/linfomas-y-mieloma/mieloma?start=7#content>
 9. Talamo G., Dimaio C., Abbi K., Pandey M., Malysz J., Creer M., et al. Current Role of Radiation Therapy for Multiple Myeloma. Front Oncol.[Internet]. 18 de febrero de 2015 [citado 18 de mayo de 2015]; 5: 40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332323/>
 10. Jemal A., Siegel R., Ward E., Hao Y., Xu J., Murray T. et al. Cancer Statistics, 2008. CA: A Cancer Journal for Clinicians. [Internet] 2008 [citado 18 de mayo de 2015] 58: 71–96. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/CA.2007.0010/full>
 11. Vij R. Contemporary management of multiple mieloma. 1ª ed. India: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2012.
 12. Malloí Domínguez A, Folch Morro MJ, Renau Ortells, E, Cerrillo García V. Hemodiálisis con dializadores de poro grueso para tratar el fracaso renal agudo del paciente con mieloma. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2011 [citado 18 de mayo de 2015]; 14 (2): 132-135. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v14n2/caso1.pdf>
 13. Nondedeu Arráez D. Cambios en el rol social del paciente oncohematológico: un estudio de caso. Index Enferm [Internet]. septiembre de 2011 [citado 18 de mayo de 2015]; 20(3):165-168.

- Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000200006&script=sci_arttext
14. Ine.es. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE. 2013 [Citado 18 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
15. Cantín Lahoz V, Rojo Zulaica E, Vecino Soler A, Marcén Letosa M, Aznar Buil B. El fracaso renal agudo por mieloma múltiple: cuidados de los pacientes en una unidad de hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2014 [citado 18 de mayo de 2015]; 17 (2). Disponible en: <http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094094096095424170>
16. García Sanz R, Mateos Manteca MV, San Miguel JF. Mieloma Múltiple. *Med Clínica* [Internet]. 2007 [citado 18 de mayo de 2015]; 129 (3): 104-115. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2318520>
17. Cáncer.gov [Internet]. EEUU: National Cancer Institut; 2014 [actualizado 2 de Julio de 2014; citado 18 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/mieloma/Healthprofessional/Page1#_26
18. Colson K. Treatment-related symptom management in patients with multiple myeloma: a review. *Support Care Cancer* [Internet]. febrero de 2015 [citado 18 de mayo de 2015]; 23(5):1431-45. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25646616>
19. Díaz Guzmán MC, Nacle López I, Moreno Villar A. Cuidados de enfermería en las emesis en pacientes oncohematológicos. *Enferm Glob Rev Electrónica Semest Enferm* [Internet]. 2011 [citado 18 de mayo de 2015]; 10 (22): 40-47. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3683354>

20. Arranz P, Ulla S. Diseño y validación de un cuestionario multidimensional de adaptación a la enfermedad para pacientes oncohematológicos. *Psicooncología* [Internet]. 2008 [citado 18 de mayo de 2015]; 5 (1): 7-25. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130007A/15473>
21. Costa Requena G, Gil Moncayo FL. Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. *Análisis Modif Conducta* [Internet]. 2007 [citado 18 de mayo de 2015]; 33(148): 229-250. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2925183>
22. Angulo Gallo L, Guerra Morales VM. Identificación de necesidades psicoeducativas en pacientes oncohematológicos. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* [Internet]. 2013 [citado 18 de mayo de 2015]; 10 (3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph133i.pdf>

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DE LAS GAMMAPATÍAS MONOCLONALES. Obtenido de Medicina Interna, Farreras y Rozman, 2008.

Gammapatías monoclonales malignas

- Mieloma múltiple (IgG, IgA, IgD, IgE y cadenas ligeras)
- Formas especiales de MM (mieloma quiescente, leucemia de células plasmáticas, mieloma no secretor, mieloma osteosclerótico, mieloma en pacientes jóvenes)
- Plasmocitomas localizados
 - o Plasmocitoma óseo solitario
 - o Plasmocitoma extramedular
- Macroglobulinemia de Waldenström
- Enfermedades de las cadenas pesadas (γ , α , μ , δ)
- Amiloidosis (primaria o asociada a mieloma)

Gammapatías monoclonales de significado incierto

- Gammapatía monoclonal idiopática (IgG, IgA, IgM y rara vez cadenas ligeras)
- Gammapatías monoclonales transitorias (infecciones, trasplante de progenitores hematopoyéticos, trasplante renal)

ANEXO 2**FACTORES PRONÓSTICOS DESFAVORABLES EN EL MIELOMA MÚLTIPLE.**

Obtenido de Medicina Interna, Farreras y Rozman, 2008.

- Insuficiencia renal (creatinina $>2\text{mg/dL}$ o $>177\mu\text{mol/L}$)
- Anemia (Hb $<85\text{g/L}$)
- Hipercalcemia (calcio sérico $>11,5\text{ mg/dL}$ o $>2,86\text{ mmol/L}$)
- Hipoalbuminemia (albúmina $<40\text{g/L}$ o $<4\text{mg/dL}$)
- Morfología plasmoblástica
- Tipo Bence-Jones lambda o IGD
- Destrucción esquelética extensa
- β_2 microglobulina sérica $>6\text{ mg/L}$
- Índice proliferativo (labelling index) elevado
- Ausencia de respuesta al tratamiento (progresión de la enfermedad)
- Alteraciones citogenéticas (monosomía 13, alteraciones 14q)

ANEXO 3

ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS Y MICROORGANISMOS INFECTANTES SEGÚN LAS DIFERENTES MODALIDADES TERAPEUTICAS. Obtenido de Prevención y manejo de las infecciones en pacientes con mieloma múltiple, Patricia Costantini, José Cozzi, Rosana Jordan, 2014.

| Factor de riesgo | Alteración inmunológica | Microorganismos / infección |
|---|---|---|
| Talidomida ^(12, 15, 22) | Estimulación de células T y NK Aumento producción IL-2 y IFN. Inhibición de la estimulación de granulocitos por antígenos bacterianos | No incrementa el riesgo de infección TVP en sitios catéter Neuropatía periférica |
| Bortezomib ^(15, 22, 23, 24, 25, 26) | - Alteración de proliferación cel T, número y función NK y CD8 - Alteración función células dendríticas y secreción citoquinas (TNF e IL-2) - Neutropenia | - Aumenta incidencia HVS y VZV. - Reactivación HBV - CMV post TCH |
| Lenalidomida ^(15, 22, 27, 41) | Estimulación de células T y NK Neutropenia | Asociada a Dexametasona Aumenta riesgo infecciones bacterianas en MM con recaída. Si se asocia a C, A, o M alta I de neutropenia |
| Regímenes con Dexametasona ^(15,28) | Alteración inmunidad celular Disminución quimiotaxis Hiperglucemia | Bacterias capsuladas y otras Virus (HVS, VZV, CMV, respiratorios) Hongos (<i>Candida</i> spp, PJP, filamentosos , endémicos) Micobacterias <i>Nocardia</i> spp |
| Enfermedad activa + Melfalan + prednisona ⁽²²⁾ | Hipogammaglobulinemia | <i>Bacterias capsuladas</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacterias</i> <i>Ps aeruginosa</i> |
| | Neutropenia | Bacteriemia Neumonía Sinusitis Otitis Meningitis |

ANEXO 4**VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON**

- ♣ Necesidad Respirar: sistema respiratorio y circulatorio; realizar valoración general y anotar si hay alteraciones.
- ♣ Necesidad de Nutrición e hidratación: valoración general y si o no hay alteraciones. Determinar si existe ingesta suficiente de nutrientes.
- ♣ Necesidad de eliminación: valoración general y si hay alteración.
- ♣ Necesidad de movilización: valorar autonomía, o hay alteración parcial o total. Valorar grado de dolor referido por paciente que impida autonomía
- ♣ Necesidad de reposo/Sueño: valoración del tipo de sueño, dificultad para conciliarlo y si toma medicación.
- ♣ Necesidad de Vestirse/desvestirse: valorar el nivel de autonomía del paciente.
- ♣ Necesidad mantenimiento de la temperatura corporal: valoración general y si existe alguna alteración. Control temperatura corporal para evitar infecciones.
- ♣ Necesidad de higiene y protección piel: Valoración estado de piel y mucosas, sistema inmune deficitarios.
- ♣ Necesidad de seguridad: Valoración general. Determinar ansiedad, bienestar psicológico.
- ♣ Necesidad de comunicación/relación: valoración general y si existen dificultades en la comunicación por el lenguaje, déficit visuales o auditivos, barreras culturales.

- ♣ Necesidad de creencias y valores: valoración general.
- ♣ Necesidad de ocuparse/realizarse: Valoración de la influencia del proceso en su rol familiar, trabajo e imagen corporal.
- ♣ Necesidad jugar/participar actividades recreativas
- ♣ Necesidad de aprendizaje: valoración información que maneja sobre su estado de salud, interés que demuestra por el mismo, capacidad de asimilar proceso.

ANEXO 5**ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG**

Es una escala de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Se trata de un cuestionario con dos subescalas, una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas. Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta. Cada respuesta afirmativa contará 1 punto y cada respuesta negativa contará 0 puntos.

Escala de EADG – (Escala de ansiedad – depresión)

| Subescala de ansiedad | Si / No |
|---|----------------|
| 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | Si |
| 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? | Si |
| 3. ¿Se ha sentido muy irritable? | Si |
| 4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse? | Si |
| Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando | |
| Subtotal | 4 |
| 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | Si |
| 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | No |
| 7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? | No |
| 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? | Si |
| 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido? | Si |
| TOTAL ANSIEDAD | 7 |
| ≥ 4: Ansiedad probable | |

| Subescala de depresión | Si / No |
|---|----------------|
| 1. ¿Se ha sentido con poca energía? | Si |
| 2. ¿Ha perdido el interés por las cosas? | Si |
| 3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo? | Si |
| 4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas? | Si |

| | |
|---|----------|
| Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando | |
| Subtotal | 4 |
| 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? | No |
| 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) | No |
| 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | No |
| 8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? | No |
| 9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | No |
| TOTAL DEPRESIÓN ≥ 2: Depresión probable | 4 |