



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Atención de enfermería al paciente con Linfoma de Hodgkin

Autor: Nuria Beaumont Romea

Tutor: José Ángel Ayensa Vázquez

ÍNDICE

1. RESUMEN	pág. 2
2. INTRODUCCIÓN	pág. 4
3. OBJETIVOS	pág. 7
4. METODOLOGÍA	pág. 8
4.1. Diseño del estudio	
4.2. Estrategia de búsqueda	
4.3. Desarrollo temporal del estudio	
4.4. Ámbito de aplicación del estudio	
4.5. Población diana	
4.6. Taxonomía utilizada	
5. DESARROLLO	pág. 10
5.1. Valoración de enfermería	
5.2. Diagnósticos de enfermería	
6. CONCLUSIONES	pág. 16
7. BIBLIOGRAFÍA	pág. 17
8. ANEXOS	pág. 20

1. RESUMEN

Introducción: El Linfoma de Hodgkin se trata de un cáncer linfático que afecta a una o varias cadenas ganglionares. Aparece en adultos jóvenes y personas mayores de 60 años. Las opciones de tratamiento habituales son quimioterapia y radioterapia. Enfermería abordará la realización del plan de cuidados.

Objetivos: Elaborar un plan de cuidados de enfermería en el que se plasmen los principales diagnósticos, objetivos e intervenciones que faciliten al paciente con Linfoma de Hodgkin la atención sanitaria para el autocuidado, reflejando la importancia de los cuidados de enfermería durante las fases de la enfermedad.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica de carácter descriptivo a partir de artículos disponibles en inglés y en castellano, en el rango temporal de 2008-2015, entre los meses de Febrero y Abril de 2015. El plan de cuidados que se elabora se basa en la teoría del déficit de autocuidados de Dorothea Orem y emplea la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Desarrollo: Tras la valoración de enfermería se detectan los principales diagnósticos enfermeros para el paciente con Linfoma de Hodgkin: Ansiedad, Náuseas y vómitos, riesgo de infección, conocimientos deficientes, impotencia e interrupción de los procesos familiares.

Conclusión: La aplicación del plan de cuidados permite enriquecer la atención, servicio y cuidado a pacientes con Linfoma de Hodgkin. Los cuidados enfermeros tienen en cuenta y satisfacen las necesidades universales de estos pacientes, con el objetivo de ayudarles en el ejercicio del autocuidado, para recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Palabras clave: Linfoma de Hodgkin, Reed Sternberg, cuidados de enfermería, Dorothea Orem.

ABSTRACT

Introduction: Hodgkin's Lymphoma is a lymphatic cancer that affects one or more lymph node chains. It appears in young adults and people over 60 years. The usual treatment options are chemotherapy and radiotherapy. Nursing will perform the implementation of the plan of care.

Objectives: Working on a nursing care plan in which represent the main diagnosis, objectives and interventions that help the patient with Hodgkin's lymphoma for self-care, reflecting the importance of nursing care during the phases of the disease.

Methodology: A descriptive literature review is made from articles available in English and Spanish, in the time range of 2008-2015, between the months of February and April 2015. The plan of care is based on the self-care deficit theory of Dorothea Orem and NANDA, NOC and NIC taxonomy.

Development: After the nursing assessment the main nursing diagnoses for patients with Hodgkin lymphoma are: anxiety, nausea and vomiting, risk of infection, deficient knowledge, impotence and disruption of family processes.

Conclusion: The implementation of the care plan allows to enrich attention, service and care to patients with Hodgkin lymphoma. The nursing cares take into account and serve to the universal needs of these patients in order to help in the exercise of self-care, to recover from illness and facing its consequences.

Keywords: Hodgkin's lymphoma, Reed Sternberg, nursing care, Dorothea Orem.

2. INTRODUCCIÓN

El linfoma o enfermedad de Hodgkin (LH) es un cáncer linfático que se caracteriza por la proliferación de linfocitos, histiocitos y sus precursores o derivados. Representa el 1% de las neoplasias y puede ser curado en la mayoría de los casos.¹⁻³

En el año 1832, Thomas Hodgkin presentó su artículo: "On Some Morbid Appearances of the Absorbent Glands and Spleen" haciendo referencia por primera vez a la enfermedad; en las siguientes décadas se describe y refleja una fascinante evolución respecto a ésta patología, de la mano de autores como Dorothy Reed y Carl Sternberg por ejemplo. El éxito en el conocimiento y tratamiento del LH, permite llegar a tasas de supervivencia del 95%, algo impensable a mediados del siglo XIX, donde el 50% de los pacientes morían en un corto periodo de tiempo tras ser diagnosticados.⁴⁻⁶

El LH es relativamente excepcional y según el informe Globocan 2012, elaborado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, en ese año se diagnosticaron en España 1150 nuevos casos, entre 2,1-2,5 casos por 100000 habitantes cada año. Extrapolando estos datos a la población de otros países, la incidencia en Reino Unido y Estados Unidos es de 2,7-2,8 casos por 100000 habitantes al año. Esta enfermedad afecta principalmente a adultos jóvenes y personas mayores de 60 años, siendo ambos los picos de mayor incidencia. Es más frecuente en hombres que en mujeres, en una relación de 3:1.⁷⁻⁹

La etiología abarca una gran cantidad de posibilidades que van a determinar el tipo, el tratamiento y la evolución de la enfermedad. A pesar de que no se conoce la causa exacta que produce el LH, la infección por el Virus de Epstein-Barr (VEB) parece implicada en su desarrollo, multiplicando por 3 las posibilidades de padecerlo y con 80-100% de positividad en los pacientes diagnosticados. No existe una clara asociación de factores laborales, ambientales o socioeconómicos con la aparición del LH; sin embargo, en el caso de los adolescentes de países occidentales, la enfermedad afecta con mayor frecuencia a aquellos individuos que pertenecen a familias de mayor nivel socioeconómico. En el aspecto laboral,

inicialmente se encontró un mayor riesgo de LH en aquellas profesiones con amplio contacto con el público, aunque posteriormente no se ha confirmado.

6,10,11

De acuerdo con la clasificación aceptada por la OMS, existen dos tipos histológicos de LH: la variante con predominio linfocítico (LP) que representa el 5% de los casos y el LH "clásico" (CHL) que comprende el 95% restante. Asimismo, la enfermedad de Hodgkin clásica se divide en cuatro subgrupos: esclerosis nodular, celularidad mixta, y las variedades rica en linfocitos y de depleción linfocitaria. Dentro de la clasificación del CHL, el más representativo es el de esclerosis nodular con el 75-80% de los casos.^{1, 6}

Cada una de estas formas clínicas se localiza a nivel cervical, supraclavicular o mediastínico y afecta a un único ganglio o cadena ganglionar, que posteriormente se puede diseminar hacia ganglios adyacentes. El LH es capaz de infiltrar casi cualquier tejido del organismo afectando bazo, hígado, SNC, pulmones o tubo digestivo. Típicamente acontece como una linfadenopatía indolora, que se acompaña de los síntomas conocidos como síntomas B (febrícula, sudoración nocturna y pérdida superior al 10% del peso corporal durante 6 meses) y otras manifestaciones: prurito, fatiga o dolor al beber alcohol en el lugar de la lesión.^{2, 8}

Para el diagnóstico de la enfermedad es imprescindible un análisis histológico, en el que debe estar presente la célula de Reed-Sternberg o una de sus variantes. Una vez establecido el diagnóstico, se determina el lugar y extensión de la patología mediante técnicas de diagnóstico por la imagen: Radiografías simples, TC, RM y Tomografía por emisión de positrones (PET). Respecto al PET-TC, se puede asegurar que es un método en alza para el diagnóstico de este tipo de tumores, ya que pone de manifiesto cambios en la actividad metabólica tisular. Resulta muy beneficioso para estructurar y evaluar la enfermedad de manera precisa.^{4, 12}

Los factores pronósticos más importantes a la hora de establecer un tratamiento, continúan siendo el estadio y la presencia de síntomas B. En función de estos factores se establecerán unas medidas u otras. La

estadificación estándar utilizada en el LH es la establecida en la Conferencia de Ann Arbor (1971), que posteriormente fue ligeramente modificada en la Reunión Cotswold (1988); Existen 4 estadios de menor a mayor grado de afectación. Es importante tener en cuenta que los pacientes seropositivos al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los que presentan síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tienen peor curso clínico y pronóstico en el caso de desarrollar la enfermedad, ya que las características de este tipo de LH difieren del resto. Entre los pacientes con VIH la mayor incidencia pertenece al grupo de adictos a drogas por vía parenteral.^{1,6,10}

El tratamiento del LH ha evolucionado en las últimas décadas, actualmente se combinan quimioterapia y radioterapia, esta última técnica en menor dosis dado el aumento de eficacia de la primera. Los fármacos que se utilizan con mayor frecuencia en la quimioterapia son: Adriamicina, Bleomicina, Vimblastina y Dacarbacina. Uno de los efectos secundarios más temido por los pacientes que están sometidos a este tipo de fármacos son las náuseas y los vómitos.¹³⁻¹⁶

La mayoría de los pacientes que alcanzan una remisión completa del linfoma pueden considerarse curados. Según el estudio de García Vicente A.M. y cols, las recaídas de la enfermedad son poco frecuentes y casi siempre tienen lugar en los 2 o 3 años siguientes al tratamiento, rara vez se producen después de los 5 años.¹⁷⁻¹⁹

Según Dorothea Orem, el rol del enfermero consiste en “ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados”; para ello se utilizan los siguientes modelos de asistencia: guiar, apoyar, actuar, enseñar y procurar un entorno favorable para el desarrollo de la persona. Se pretende que el enfermero, como profesional sanitario con mayor vínculo con el paciente, le proporcione a éste toda la ayuda necesaria para satisfacer sus requisitos de autocuidado en el caso de que no pueda satisfacerlos por sí mismo.²⁰⁻²²

De este modo, para diseñar y elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a pacientes con LH, el modelo de D. Orem es adecuado; ya que para esta autora es imprescindible actuar sobre el paciente desde un punto de vista holístico.

3. OBJETIVOS

General:

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería que facilite al paciente con LH la atención sanitaria que precisa para el autocuidado.

Específicos:

- Identificar los principales diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones para un paciente con LH, de acuerdo con las necesidades de cada caso.
- Reflejar la importancia de los cuidados de enfermería en el paciente con LH durante las distintas fases por las que transcurre la enfermedad.

4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Para realizar este trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica siguiendo un diseño de carácter descriptivo y aplicando las competencias del Plan de Estudios del Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

4.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca del LH y su asistencia tanto en el medio hospitalario como extra hospitalario. Las bases de datos utilizadas para la búsqueda bibliográfica han sido: Cuiden, Dialnet, Science direct y Pubmed.

En dichas bases los criterios de selección son: artículos disponibles en inglés y en castellano, y en el rango temporal de 2008-2015. Utilizando las siguientes palabras clave: "Hodgkin lymphoma", "PET-TC", "Reed sternberg cell", "caso clínico", "quimioterapia", "epidemiology and treatment", "incidence world", "Hodgkin", "Radioterapy".

Bases de datos	Palabras clave	Artículos revisados	Artículos seleccionados	Criterios de inclusión
SCIENCE DIRECT	<ul style="list-style-type: none"> • "Hodgkin lymphoma" • "PET- TC" • "Reed sternberg cell" • "Caso clinico" • "Quimioterapia" • "epidemiology and treatment" • "incidence world" • "Hodgkin" • "Radioterapy" 	16	5 (1,9,12,15,18)	<ul style="list-style-type: none"> • Texto completo • Artículos revistas • 2008-2015 • 5years • humans
CUIDEN		16	3 (3,19,20)	
DIALNET		10	2 (4,5)	
PUBMED		12	5 (8,11,13,16,22)	
BÚSQUEDA MANUAL		2	3 (6,7,14)	

Tabla 1. Elaboración propia

Asimismo, se ha consultado información en diferentes portales electrónicos, como la Asociación Española de afectados por linfoma, mieloma y leucemia (AEAL), la Sociedad Española de oncología médica (SEOM) y la página web conexión cáncer.

4.3. DESARROLLO TEMPORAL DEL ESTUDIO

El trabajo se desarrolla en el periodo de tiempo comprendido entre febrero y mayo del año 2015

4.4. ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO

Este trabajo está enfocado hacia todos los enfermeros/as que desarrollan su actividad profesional tanto en el medio hospitalario como extra hospitalario.

4.5. POBLACIÓN DIANA

Pacientes que padecen LH que son atendidos por los profesionales de enfermería. (ANEXO 1 y 2)

4.6. TAXONOMÍA UTILIZADA

- Valoración de los requisitos de autocuidado universales descritos por Dorothea Orem en la Teoría del Déficit de Autocuidados (TDAC)
- NANDA, NOC, NIC.

5. DESARROLLO

5.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

Se realiza una entrevista semi-estructurada al paciente y su familia y a partir de la información que proporcionen, y también de los documentos recopilados en la historia clínica, se realiza la valoración. Además de todos estos datos, también se tendrán en cuenta aquellos aspectos obtenidos de la observación y exploración física.

5.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN

Tras realizar la valoración del paciente y analizar sus características específicas, se observan con mayor frecuencia los siguientes diagnósticos de enfermería:

Ansiedad (NANDA 00146) **r/c** cambio en el estado de salud **m/p** angustia, desconcierto, insomnio, preocupación.

Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.²³

Resultados NOC;

Aceptación: estado de salud; Reconciliación con cambios significativos en circunstancias de salud. (NOC 1300)

Afrontamiento de problemas mediante acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. (NOC 1302) ²⁴

Indicadores;

Expresa sentimientos sobre el estado de salud (130007), reconocimiento de la realidad de situación de salud (130008), verbaliza aceptación de la situación (130205), utiliza estrategias de superación efectivas (130212).

Intervenciones NIC;

Asesoramiento; Utilización de un proceso de ayuda centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente para fomentar y apoyar la capacidad de resolver problemas. (NIC 5240)

Humor; Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que se gracioso o absurdo a efecto de liberar tensiones, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos. (NIC 5320)

Terapia de relajación simple mediante técnicas que favorecen la relajación del paciente, con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables. (NIC 6040)²⁵ (ANEXO 3)

Actividades;

Demostrar simpatía, calidez y autenticidad, Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.

Náuseas (NANDA 00134) **r/c** quimioterapia **m/p** informe de náuseas, sensación nauseosa.

Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.²³

Resultados NOC;

Control de las náuseas y vómitos; Acciones personales para controlar síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos. (NOC 1618) (ANEXO 4)

Náuseas y vómitos: efectos nocivos; Gravedad de los efectos perjudiciales de náusea, esfuerzo de vomitar y vómitos en el funcionamiento diario. (NOC 2106)²⁴

Indicadores;

Utiliza medidas preventivas (161805), informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados (161812), alteración del equilibrio de líquidos (210604), malestar (210609).

Intervenciones NIC;

Manejo del vómito para prevención y alivio del mismo. (NIC 1570)

Manejo ambiental: confort; Manipulación del entorno del paciente para facilitarle un a comodidad óptima. (NIC 6482)²⁵

Actividades;

Proporcionar alivio, ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos, ajustar la temperatura que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.

Riesgo de infección (NANDA 00004) **r/c** defensas secundarias inadecuadas.

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.²³

Resultados NOC;

Control de riesgo: proceso infeccioso; acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección (NOC 1924)

Control de riesgo; Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables. (NOC 1902)²⁴

Indicadores;

Controla el entorno para evitar los factores asociados al riesgo de infección (192409), practica la higiene de las manos (192415), reconoce factores de riesgo (190201).

Intervenciones NIC;

Protección contra las infecciones, prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo (NIC 6550)

Control de infecciones, minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos (NIC 6540)²⁵

Actividades;

Enseñar al paciente y la familia a evitar infecciones, utilizar jabón antimicrobiano si procede, limitar el número de visitas.

Conocimientos deficientes respecto a la enfermedad (NANDA 00126)
r/c falta de exposición, poca familiaridad con los recursos para obtener la información **m/p** verbalización del problema.

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico. ²³

Resultados NOC;

Conocimiento: procedimientos terapéuticos; Grado de comprensión que el paciente tiene respecto a un procedimiento requerido dentro del régimen terapéutico. (NOC 1814)

Conocimientos: cuidados de la enfermedad; Grado de comprensión de la información relacionada con la enfermedad, necesaria para alcanzar una salud óptima. (NOC 1824)²⁴

Indicadores;

Descripción de restricciones relacionadas con el procedimiento, descripción de los posibles efectos indeseables, descripción de la dieta.

Intervenciones NIC;

Enseñanza: procedimiento/ tratamiento; Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito. (NIC 5618)

Guía de anticipación; Preparación del paciente para anticipación de una crisis. (NIC 5210)²⁵

Actividades;

Enseñar al paciente como cooperar/ participar durante el procedimiento/tratamiento, si procede, proporcionar información acerca de lo que se oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el suceso, involucrar a la familia/ seres queridos, si procede.

Impotencia (NANDA 00125) **r/c** tratamiento relacionado con una enfermedad **m/p** expresiones verbales frustración por la incapacidad de realizar las tareas o actividades previas, expresiones de carecer de control.

Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.²³

Resultados NOC;

Esperanza; optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante. (NOC 1201) ²⁴

Indicadores;

Expresión de ganas de vivir (120103), expresión de razones para vivir (120104), expresión de optimismo (120106),

Intervenciones NIC;

Apoyo emocional que proporciona al paciente seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. (NIC 5270)

Presencia; Permanecer con el paciente durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica. (NIC 5340)²⁵

Actividades;

Comentar la experiencia emocional con el paciente, favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional, establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración si resulta oportuno.

Interrupción de los procesos familiares (NANDA 00060) **r/c** cambios en el estado de salud de un miembro de la familia **m/p** cambios en la satisfacción de la familia

Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.²³

Resultados NOC;

Apoyo familiar durante el tratamiento; Presencia y apoyo emocional de la familia al individuo que está sometido a un tratamiento. (NOC 2609)²⁴

Indicadores;

Los miembros de la familia expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo (260902), los miembros de la familia animan al miembro enfermo (260906).

Intervenciones NIC;

Enseñanza: procedimiento/tratamiento. (NIC 5618)

Fomentar la implicación familiar; Facilitar a los miembros de la familia el apoyo emocional al paciente (NIC 7110)²⁵

Actividades;

Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes, informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación, animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.

6. CONCLUSIONES

1. La elaboración de un plan de cuidados enfermeros basado en el autocuidado, permite que el paciente participe en los procesos que transcurren a lo largo de la enfermedad y en el caso de que éste no pueda satisfacer sus necesidades de autocuidado, ayudarlo a superar las limitaciones.

2. Las principales etiquetas diagnósticas que se identifican en los pacientes con LH son: Ansiedad, Náuseas y vómitos, riesgo de infección, conocimientos deficientes, impotencia e interrupción de los procesos familiares.

3. Los cuidados de enfermería basados en una adecuada valoración clínica y utilización sistemática de la taxonomía NANDA, NOC y NIC, constituyen la base de una práctica enfermera de calidad que contribuye a disminuir la variabilidad en la asistencia sanitaria y a aumentar la seguridad de los pacientes con LH.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gobbi PG, Ferreri A, Ponzoni M, Levis A. Hodgkin lymphoma. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2013; 85:216–37.
2. Lemone P, Burke P. Asistencia de enfermería a los pacientes con trastornos sanguíneos. En: Clares JA, director. *Enfermería medicoquirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia al paciente*. 4ª ed. Madrid: Pearson; 2009. 1102-52.
3. Andrade V, Okino Sawada N, Elizabeth Barichello E. Quality of life in hematologic undergoing chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2): 350-6.
4. Murrieta González H, Villalobos Prieto A, García Correa S. Linfoma: aspectos clínicos y de imagen. *Anales de Radiología México*. 2009; 1: 81-97.
5. Peñarrubia Ponce MP. Linfoma de Hodgkin. *An Real Acad Med Cir Vall* 2013; 50: 259-71.
6. Provencio M, ¿Qué es el Linfoma de Hodgkin?: información general sobre la enfermedad. Madrid. AEAL; 2008.
7. Agencia internacional para la investigación del cáncer. Las cifras del cáncer en España 2014. Sociedad Española de oncología médica. 2012.
8. *Townsend W, Linch D*. Hodgkin's lymphoma in adults. Department of Haematology, University College London. 2012; 380: 836–47.
9. Goel A, Fan W, Patel A, Devabhaktuni M, Grossbard ML. Nodular Lymphocyte Predominant Hodgkin Lymphoma: Biology, Diagnosis and Treatment. *Clin Lymphoma Myeloma*. 2014; 14(4):261-70.
10. Seom.org. Sociedad Española de Oncología Médica. Madrid: Seom.org. (Actualizada el 15 de noviembre de 2013).). [Consultado el 11 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.seom.org>
11. Al-Salam S, Awwad A, Sudhadevi M, Daoud S, Nagelkerke N, Castella A et al. Epstein Barr virus infection correlates with expression of COX-2, p16^{ink4} and p53 in classic Hodgkin lymphoma. *Int J Clin Exp Pathol*. 2013; 6(12): 2765-77.
12. Álvarez Páez A.M, Nogueiras Alonso J.M, Serena Puig A. F-FDG-PET/TC en linfoma: dos décadas de experiencia. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol*. 2012; 31(6):340–9.

13. Klimm B, Goergen H, Fuchs M, von Tresckow B, Böll B, Meissner J et al. Impact of risk factors on outcomes in early-stage Hodgkin´s lymphoma: an analysis of international staging definitions. *Annals of Oncology*. 2013; 24: 3070–6.
14. Labardini Méndez JR et al. *Oncoguía: Linfoma de Hodgkin*. México. Instituto Nacional de cancerología; 2011.
15. Maraldo M, Lundemann M, Vogelius I, Specht L. A new method to estimate doses to the normal tissues after past extended and involved field radiotherapy for Hodgkin lymphoma. *Radiother Oncol*. 2015 Jan: 1-5.
16. Hoppe BS, Flampouri S, Zaiden R, Slayton W, Sandler E, Ozdemir S et al. Involved-Node proton therapy in Combined Modality Therapy for Hodgkin Lymphoma: Results of a Phase 2 study. *Int J Radiation Oncol Biol Phys*. 2014; 89(5): 1053-9.
17. ConexiónCancer.es. Conexión Cáncer. Madrid.). [Consultado el 15 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://conexioncancer.es>
18. García Vicente AM, Bellón Guardia M, Soriano Castrejón A, Calle Primo C, Cordero García JM, Palomar Muñoz A et al. PET-TAC con F-FDG en el seguimiento de pacientes con linfoma: detección de recidivas asintomáticas. *Rev Esp Med Nucl*. 2012; 31(1):22–7.
19. Díaz Guzmán MC, Nacle López I, Moreno Villar A. Cuidados de enfermería en las emesis en pacientes oncohematológicos. *Enfermería global*. 2011; (22): 1-7.
20. Villegas Ceja MH, Aguilar Chagoyan MA. Aplicación Teórica de Orem a un Paciente con Linfoma de Hodgkin. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2010; 18(6): 250-5.
21. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Propuestas para la gestión de los cuidados. En: Blasco RM, director. *El pensamiento enfermero*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2007. p. 120-37. 21
22. Klaassen RJ, Barr RD, Hughes J, Rogers P, Anderson R, Grundy P et al. Nurses Provide Valuable Proxy Assessment of the Health-Related Quality of Life of Children with Hodgkin Disease. *Cáncer*. 2010; 116: 1602–7.
23. Heather Herdman T. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. Barcelona: Elsevier. 2012-2014.

24. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
25. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM, editoras. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier; 2006.

8. ANEXOS

ANEXO 1. Estimación sobre Incidencia, Mortalidad y Prevalencia a 5 años en ambos sexos en los tumores más frecuentes.

Cáncer	Incidencia ¹			Mortalidad ¹			Prevalencia a 5 años ²		
	Número	(%)	ASR (W)	Número	(%)	ASR (W)	Número	(%)	ASR (W)
Labio y cavidad oral	4098	1.9	4.7	1117	1.1	1.2	11811	2.0	29.8
Nasofaringe	350	0.2	0.5	188	0.2	0.2	909	0.2	2.3
Otros faringeos	1530	0.7	2.1	765	0.7	1.0	3792	0.7	9.6
Esófago	2090	1.0	2.5	1728	1.7	1.9	2238	0.4	5.7
Estómago	7810	3.6	7.8	5389	5.2	4.9	12611	2.2	31.8
Colorrectal	32240	15.0	33.1	14700	14.3	12.3	89705	15.4	226.3
Hígado	5522	2.6	5.9	4536	4.4	4.3	5506	0.9	13.8
Vesícula biliar	2002	0.9	1.7	1174	1.1	0.9	1905	0.3	4.8
Páncreas	6367	3.0	6.3	5720	5.6	5.5	3437	0.6	8.7
Laringe	3182	1.5	4.1	1321	1.3	1.5	11200	1.9	28.3
Pulmón	26715	12.4	30.3	21118	20.6	22.8	28148	4.8	71.0
Melanoma	5004	2.3	6.9	967	0.9	1.0	19792	3.4	49.9
Sarcoma de Kaposi	316	0.1	0.4	24	0.0	0.0	880	0.2	2.2
Mama	25215	11.7	67.3	6075	5.9	11.9	104210	17.9	516.2
Cuello de útero (cérvix)	2511	1.2	7.8	848	0.8	2.1	8867	1.5	43.9
Cuerpo del útero	5121	2.4	11.6	1211	1.2	1.9	19272	3.3	95.5
Ovario	3236	1.5	7.7	1878	1.8	3.7	7925	1.4	39.3
Próstata	27853	12.9	65.2	5481	5.3	8.6	102559	17.6	527.3
Testículo	823	0.4	3.5	42	0.0	0.1	3242	0.6	16.7
Riñón	6474	3.0	7.8	2295	2.2	2.2	18693	3.2	47.2
Vejiga	13789	6.4	13.9	5007	4.9	4.0	47225	8.1	119.2
Cerebro, sistema nervioso	3717	1.7	5.1	2668	2.6	3.3	3187	0.5	8.0
Tiroides	2059	1.0	3.4	286	0.3	0.3	8097	1.4	20.4
Linfoma Hodgkin	1150	0.5	2.3	212	0.2	0.3	3644	0.6	9.2
Linfoma no Hodgkin	6130	2.8	7.5	2337	2.3	2.2	16342	2.8	41.2
Mieloma múltiple	2420	1.1	2.3	1675	1.6	1.4	5730	1.0	14.5
Leucemia	5190	2.4	6.5	3212	3.1	3.0	11040	1.9	27.9
Todos los cánceres excl. cáncer de piel no melanoma	215534	100.0	249.1	102762	100.0	98.1	581688	100.0	1467.9

Fuente: Agencia internacional para la investigación del cáncer. Las cifras del cáncer en España 2014. Sociedad Española de oncología médica. 2012.

Anexo 2. Clasificación de Ann Arbor y Cotswold, estadios del Linfoma de Hodgkin.

-Estadio I: afectación de una única región ganglionar o estructura linfóide (ej: bazo, timo, anillo Waldeyer)

-Estadio II: afectación de dos o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma (el mediastino es un sólo sitio; los hiliares son uno de cada lado); el número de sitios se indica con un subíndice (ej: II3)

-Estadio III: afectación de regiones linfáticas o estructuras linfáticas a ambos lados del diafragma.

III1: abdomen superior (esplénico, celíaco, portal)

III2: abdomen inferior (paraaórtico, mesentérico)

-Estadio IV: Afectación de sitios extranodales más allá de los indicados como E. Afectación visceral.

-A: no síntomas B

-B: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal en los seis meses previos

-X: enfermedad voluminosa (bulky): ensanchamiento mediastínico $>1/3$ medido a nivel de T5-6, o masa $>10\text{cm}$.

-E: afectación de un único sitio extranodal contiguo o próximo a la localización nodal conocida

-CS: estadio clínico

-PS: estadio patológico

Fuente: Gobbi PG, Ferreri A, Ponzoni M, Levis A. Hodgkin lymphoma. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2013; 85:216–37

Clasificación de Cotswold

- **Estadio I:** afectación de una región ganglionar aislada(I) o afectación localizada de un órgano o sitio extralinfático (I_E)
- **Estadio II:** afectación de dos o más regiones ganglionares al mismo lado de diafragma (II) o afectación localizada de un órgano o sitio extralinfático asociado a sus ganglios regionales con o sin afectación de otras regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma (II_E)
- **Estadio III:** afectación de ganglios linfáticos a ambos lados del diafragma (III), lo cual puede estar acompañado por la afectación localizada de un órgano o sitio extralinfático asociado (III_E) o del bazo (III_S) o de ambos(III_{E+S}). Este estadio se subdivide en:

III₁: Afectación del abdomen superior, por encima de la vena renal.

III₂: Afectación de ganglios pélvicos o paraaórticos

- **Estadio IV:** afectación diseminada (multifocal) de uno o más órganos extralinfáticos con o sin ganglios afectados o afectación de un órgano extralinfático aislada con afectación ganglionar distante(no regional)

Subclasificación de los estadios (aplicable a todos)

- **A:** ausencia de síntomas generales
- **B:** presencia de síntomas generales (uno o más de los siguientes):
 - ¼ Pérdida peso inexplicada ($\geq 10\%$ en 6 meses previos al diagnóstico).
 - ¼ Sudoración nocturna.
 - ¼ Fiebre inexplicada con temperatura mayor de 38°C
- **E:** sitio extranodal único por contigüidad
- **EC:** estadio clínico
- **EP:** estadio patológico

Fuente: Carnot Uría J. Enfermedad de Hodgkin: estudio y tratamiento. Manual de Prácticas Médicas - Hospital Hermanos Ameijeiras.

ANEXO 3. Método de relajación.

Ambientalmente, la relajación se puede practicar de forma individual o colectiva, auto o heteroinducida (en ambos segundos casos es más probable que se den fenómenos sugestivos), en un habitáculo cerrado o al aire libre, en un sitio tranquilo o en el trabajo... No hay normas fijas. Además, es verdad que la relajación suele exigir cierta técnica, pero en sí, más que una técnica o un método es un estado, estado que nos será más fácil de alcanzar con su práctica regular, de hecho los conductistas suelen hablar de "entrenamiento en relajación".

Sin embargo, existen algunas claves, que se sitúan a diversos niveles de la estructura somática, psíquica, e incluso espiritual de la persona, con las que en la práctica trabajamos con más especificidad, frecuencia y/o intensidad para relajarnos: citaremos dentro de ellas, y sin ánimo de ser exhaustivo, ya que hay infinidad, algunos ejemplos prácticos; trabajar más uno u otro, así como su número y orden, dependerá de las características de la persona (en una oligofrenia ligera nos centraríamos en el sistema locomotor), de la teoría que utilicemos (hay quien opina que hay que comenzar a relajar lo más fácil, y quien lo más difícil), de los medios con los que contemos (hidroterapia, por ejemplo) y también de aquello que se trate de conseguir con la relajación (en una crisis de angustia lo primero debería ser regularizar el ritmo respiratorio), por cierto, parece ser la atenta observación de la respiración el más accesible, sencillo y muchas veces eficaz:

AMBIENTE:

- Reducción de la estimulación sensorial ambiental
- Ropa cómoda, suelta, fibras naturales
- Contacto con la Tierra
- Evitar el periodo pre y postprandial
- Evitar contaminación sonora y electromagnética
- Colores ambientales: verde, azul, evitar colores saturados
- Música ambiental tranquila (clásica, "New-Age", hindú, canto gregoriano...)
- Hidroterapia (baño templado 15 minutos, con posterior reposo abrigado)
- Medio natural: temperatura suave, no peligros físicos próximos

POSTURA:

- Sentada: espalda recta, piernas cruzadas
- De pie: percepción del esquema corporal
- Tumbada: respiración natural completa
- Movimiento: danza, estereotipias, ejercicios

SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO:

- Reposo relativo (aunque también hay técnicas "activas")
- Atención-Percepción en un miembro o grupo muscular y "aflojar-soltar"
- Contracción activa de un miembro o grupo muscular y "aflojar-soltar"
- "Fluir" con los movimientos corporales
- "Stretching": distensión activa (estiramiento) de grupos musculares
- Masaje relajante
- Percepción del esquema corporal
- Focalizar relajación de:
 - ✓ Manos y pies
 - ✓ Frente, lengua, maxilares, facies
 - ✓ Cuello
 - ✓ Músculos abdominales
 - ✓ Ano, periné y área genital

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

- Dejar al corazón latir espontánea y tranquilamente
- Imaginar cómo las arterias se relajan

RESPIRACIÓN:

- Espontánea ("algo respira en mí")
- Rítmica (según Chuang Tzu, "Inhalar y exhalar ayuda a liberarse de lo rancio y a introducir lo fresco")
- Observación de la respiración, "seguirla"
- "Engancharnos" a la respiración
- Inspirar-expirar por la nariz - Abdominal (diafragmática)
- Completa: abdominal-torácica-clavicular

PENSAMIENTO-LENGUAJE:

- No engancharse a (ni luchar contra) los pensamientos
- No engancharse a (ni luchar contra) las emociones
- Evitar monólogos interiores (el "mono parlanchín"), el "pensamiento discursivo"
- Repetición mental de una palabra agradable: "Paz", "Tranquilidad"...
- Recitación de un "Mantra" (palabra o grupo de resonancia especial repetitivos)
- Técnicas de visualización-imaginación de escenas agradables o neutras: paisajes, colores, sonidos, tacto, sabores, olores.
- Meditación sobre objetos: naturales, mandalas, pared.
- "Biofeed-back": autocomprobación de consecuencias fisiológicas de la relajación.

Fuente: Tappe Martínez J. Técnicas de relajación.

ANEXO 4. Consejos generales para náuseas y vómitos.

Consejos generales:

- Es aconsejable empezar el día tomando alimentos secos, como tostadas o galletas poco aceitosas.
- Evitar los alimentos lácteos enteros, productos ácidos y zumos de frutas ácidas.
- Distribuir la alimentación en pequeñas comidas frecuentes a lo largo del día.
- Tomar bebidas y alimentos de fácil digestión y más bien fríos.
- No mezclar en la misma comida platos calientes y fríos.
- A veces los alimentos salados se toleran mejor que los dulces.
- Evitar fritos, salsas y aderezos con vinagre.
- Cocinar preferiblemente al vapor; las carnes y pescados a la plancha.
- Consumir alimentos de bajo contenido en grasa para vaciar el estómago más rápidamente y tener una fácil digestión. Se aconsejan carnes como el pavo y el pollo, pescados blancos, atún enlatado en agua, leche y quesos desnatados.
- Cocinar con condimentos como la canela, la menta, el hinojo, el tomillo, la albahaca, el laurel y el jengibre.

- Las infusiones de manzanilla, menta, anís, azahar o hierba luisa después de las comidas ayudan a encontrarse mejor.
- Es preferible no beber durante las comidas.
- Ofrecer líquidos dos horas después del vómito.
- Algunos sorbos de Coca-cola ayudan a calmar las molestias digestivas.
- Tener aire fresco en casa. Respirar más oxígeno ayuda a calmar el estómago y puede disminuir la sensación de náuseas.
- Fomentar el reposo y la relajación. Descansar incorporado una hora después de comer. No acostarse inmediatamente.
- Se sugiere el uso de ropas holgadas.
- Evitar los olores fuertes y desagradables, como olores de cocina, tabaco o perfumes.
- Masticar bien la comida y comer despacio.
- Respirar profunda y lentamente cuando se sienten las náuseas.
- Realizar enjuagues de boca para eliminar sabores desagradables.
- No olvidar tomar la medicación prescrita para los vómitos.
- Preguntar al médico o la enfermera por suplementos dietéticos si la ingesta no es suficiente.

Menús recomendados:

- Desayuno-merienda:
Tostadas o galletas con poca grasa.
Bizcocho sencillo poco graso.
Bocadillo pequeño o tostadas acompañadas de jamón de York o del país (quitar grasa).
Embutido de pavo o pollo.
Queso fresco.
Leche descremada con café descafeinado, etc.
Infusiones de manzanilla, menta, amapola, azahar, etc.
- Comida-cena:
Primeros platos:
 - Ensalada simple, ensalada de hinojo, ensalada de berros, etc.
 - Pasta italiana (hervida con laurel) con verduritas.
 - Pasta italiana tricolor aliñada a la menta o albahaca.

- Verduras al vapor: judías verdes con patatas.
- Arroz (hervido con laurel) tres delicias.
- Ensaladilla rusa con mayonesa ligera y atún enlatado en agua.
- Cremas de verduras: champiñón, calabacín, espinacas, puerros, espárragos, zanahoria, calabaza, guisantes, etc., aliñado con menta picada.
- Consomés (carnes, pescados, vegetales) desgrasados.
- Sopas: a la juliana, de sémola, fideos finos, tapioca.

Segundos platos:

- Tortilla francesa o de verduras.
 - Pollo asado con patatas al vapor.
 - Pechuga de pollo o pavo con tomates al horno.
 - Pechuga de pollo con hinojo.
 - Pavo y salsa de champiñón.
 - Pavo al vapor con ensalada.
 - Filete de ternera a la plancha con verduras tipo menestra.
 - Lenguado simple.
 - Merluza a la plancha con tomate aliñado con albahaca.
 - Lenguado o gallo al horno con verduras.
 - Jamón de York a la plancha.
 - Tortilla de patatas a la albahaca.
- Postres:
Fruta fresca, macedonia de frutas con una picada muy fina de anís fresco, flan, natillas espolvoreadas con canela, compota de manzana con canela, melocotones a la menta.

Fuente: Ruiz Mata, F. Recetas de cocina para aliviar las molestias del tratamiento. En: de Cáceres Zurita ML, coordinador. Manual para el paciente oncológico y su familia. 1ª ed. Barcelona: Pfizer oncología; 2007. 97-162.