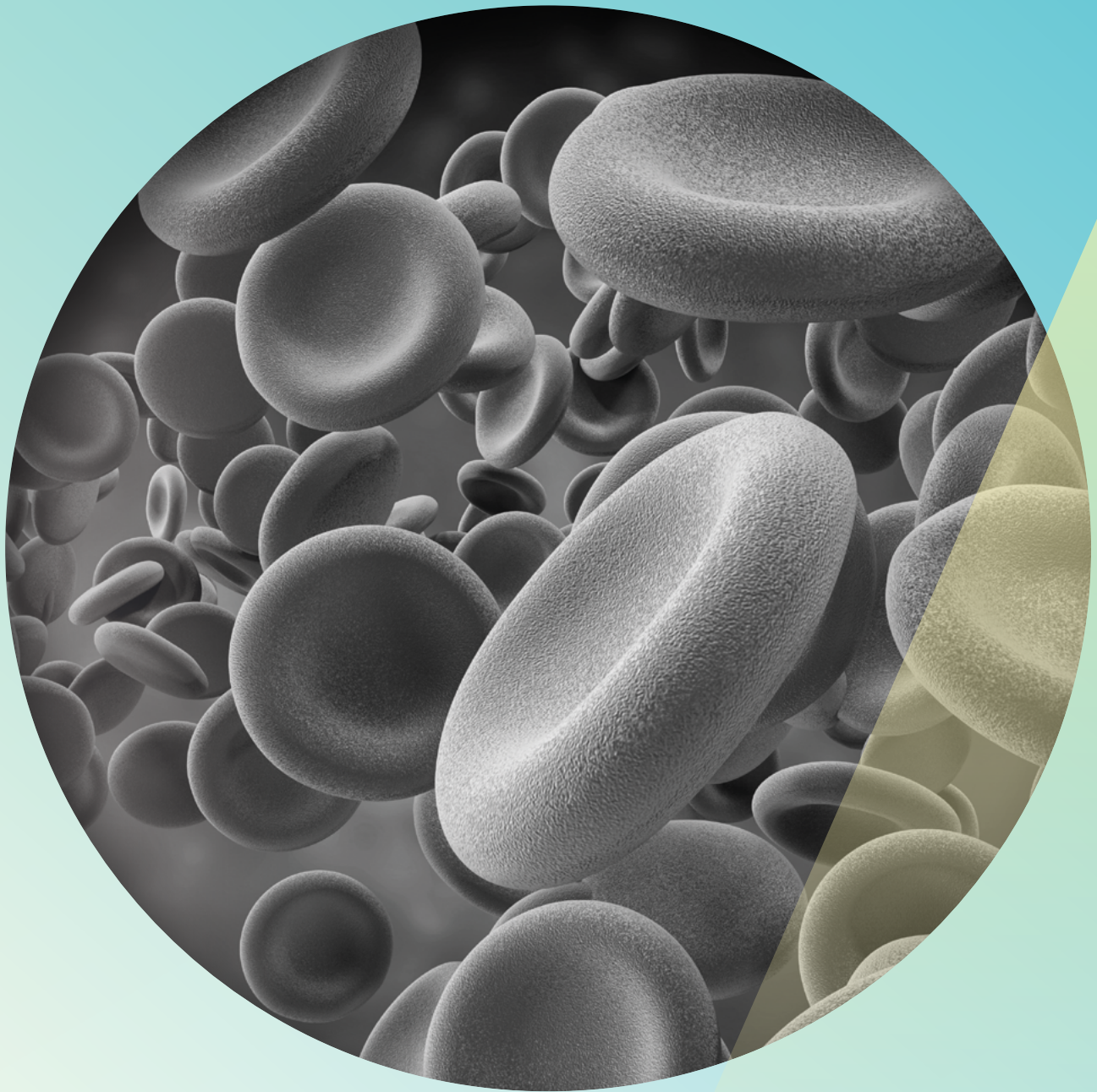


Curso EIR 2019/2020

ONCOHEMATOLOGÍA

ESENCIALES A⁺





Esenciales Aulaplas
Oncohematología
Curso EIR 2019/20

Aulaplas Formación, S. L.
www.aulaplasformacion.es
info@aulaplasformacion.es

Diseño, maquetación e ilustraciones:
Aulaplas Formación, S. L.
Shutterstock, Flaticon

Impresión: www.aulaplasformacion.es

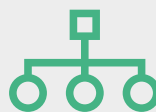
Sumario



Estadísticas



**Líneas
de tendencia**



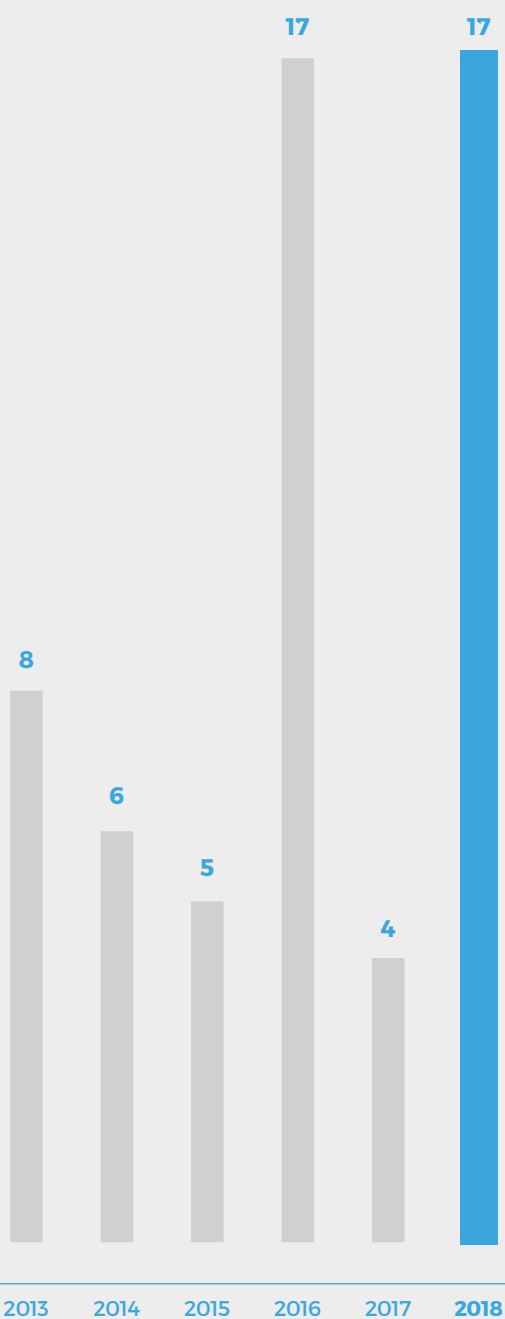
**Mapas
conceptuales**



Actualizaciones



Tendencia general (2013-2018)

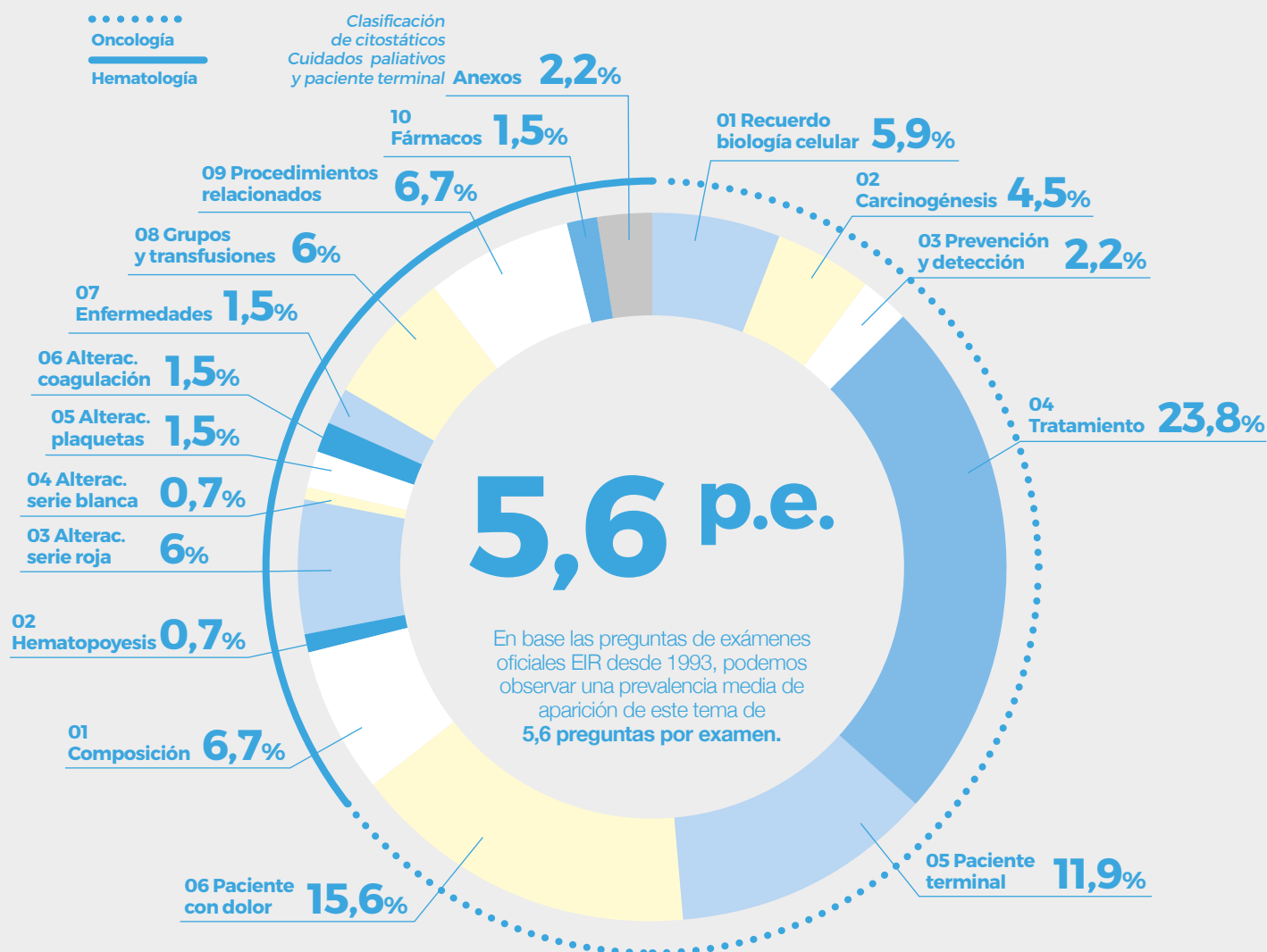


Importancia de la asignatura dentro del histórico de exámenes EIR

ASIGNATURA	N.º Preg.	%
Salud Pública y Comunitaria	246	6,8 %
Fundamentos	219	6,1 %
Maternal	202	5,6 %
Epidemiología	202	5,6 %
Respiratorio/equilibrio	202	5,6 %
Psicosocial	199	5,5 %
Neurología	178	4,9 %
Cardiología	172	4,8 %
Nutrición	164	4,6 %
Farmacología	163	4,6 %
Salud mental	157	4,4 %
Investigación	150	4,2 %
Gestión	136	3,7 %
ONCOHEMATOLOGÍA	135	3,7 %
Infantil	121	3,3 %
Geriatría	120	3,3 %
Bioética	120	3,3 %
Digestivo	112	3,1 %
Traumatología	100	2,8 %
Endocrinología	94	2,7 %
Modelos	89	2,4 %
Nefrourología	85	2,3 %
Urgencias	82	2,3 %
Quirúrgico	76	2,1 %
Dermatología	73	2 %

Enfermería médico-quirúrgica: oncohematología

Distribución por temas en el histórico del EIR.
Total: 135 preguntas.



01 Recuerdo biología celular	5,9%
02 Carcinogénesis	4,5%
03 Actividades de prevención y detección precoz	2,2%
04 Tratamiento del cáncer	23,8%
05 Paciente terminal	11,9
06 Paciente con dolor	15,6
01 Composición de la sangre	6,7
02 Hematopoyesis	0,7
03 Alteraciones de la serie roja	6
04 Alteraciones de la serie blanca	0,7
05 Alteraciones de las plaquetas	1,5
06 Alteraciones de la coagulación	1,5
07 Enfermedades oncohematológicas	1,5
08 Grupos sanguíneos y transfusiones	6
09 Procedimientos relacionados con hematología	6,7
10 Fármacos en hematología	1,5
Anexos	2,2



Líneas de tendencia

Oncohematología

Total: **135 preguntas** de las cuales se distribuyen en líneas de tendencia las siguientes:

01 ONCOLOGÍA	43 p.
02 CUIDADOS PALIATIVOS	20 p.
03 PACIENTE CON DOLOR	23 p.
04 HEMATOLOGÍA	27 p.
05 GRUPO SANGUÍNEO Y TRANSFUSIONES	21 p.

01 ONCOLOGÍA

N.º Preguntas: **43**

Conceptos clave

- **Epidemiología del Cáncer.** Salvo alguna pregunta acerca de la incidencia de los tumores más frecuentes, se ha basado este apartado en el código europeo del cáncer, por primera vez en 2006 y retomado en esta última prueba.
- **Clasificación TNM y ciclo celular** comenzaron a preguntarse al inicio de los años 2000 con un repunte en el año 2017.
- **Escalas de valoración oncológicas** como Karnofsky aparecen por primera vez este año, de modo que conviene prestar atención al puntaje de la misma, y otras como ECOG y Recist.
- **Quimioterapia.** Desde los primeros años de esta prueba se ha abordado los cuidados de enfermería ante la extravasación de citostáticos, con un repunte en 2012. En relación a la clasificación de citostáticos conviene conocerla según su nivel de toxicidad en los tejidos (vesicantes) y según su estructura química.
- **Radioterapia.** En el inicio de esta prueba se comenzó abordando con la prevención de la radiodermitis, más adelante con las características de la radioterapia externa e interna, y este año por primera vez, se han preguntado por las consecuencias de la radiación (estocásticos y no estocásticos).
- **Síntomas relacionados con el tratamiento del cáncer.** En concreto son recurrentes las preguntas relacionadas con los síntomas digestivos: xerostomía, mucositis y disgeusia. Menos representativa es la toxicidad en otros sistemas.

Nivel complejidad

Estas preguntas desde un inicio se han basado en conceptos concretos, **sin incrementar la complejidad**, salvo en relación a las nuevas escalas KPS, ECOG, clasificación y manejo de los citostáticos.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas sobre distintas clasificaciones de los citostáticos, y su manejo seguro para los profesionales.
2. Preguntas sobre toxicidad de la radioterapia.
3. Tendencia creciente de preguntas sobre puntos de corte de KPS y ECOG.

02 CUIDADOS PALIATIVOS

N.º Preguntas: **20**

Conceptos clave

Las preguntas en esta línea de tendencia se realizan desde el 2010 sin embargo, en las últimas convocatorias asistimos a un repunte sin precedentes, de manera que se consideran los cuidados paliativos como un tema de moda en el EIR.

- **Criterios de enfermedad terminal y definición de cuidados paliativos de la OMS** ha sido recurrente en las últimas convocatorias. Como se trata de cuidados sistematizados y validados, hemos de conocer las escalas de valoración relativas a este ámbito.
- **Publicaciones de la SECPAL** aparecen por primera vez en 2007 y se retoman de nuevo en la última convocatoria, en especial respecto a los cuidados de la agonía (Plan de Cuidados en el paciente terminal) y cómo dar malas noticias. En relación a los síntomas de la enfermedad terminal –disnea y dolor– conviene conocer la Guía de Cuidados Paliativos.
- **Publicaciones del Ministerio.** Como los cuidados paliativos carecen de marco normativo, es importante dominar al menos la Estrategia Nacional de los Cuidados Paliativos, 2010.

Nivel complejidad

A pesar de tratarse de un tema amplio, puesto que las preguntas parten de tres bibliografías de referencia (OMS, Ministerio de Sanidad y SECPAL), suelen tener un **perfil sencillo**, de ahí que se aborden como una lectura comprensiva, profundizando en datos más específicos como tratamiento farmacológico de los síntomas más frecuentes y las escalas de valoración.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas sobre publicaciones de SECPAL, como prejuicios sobre el uso de la morfina, monografía sobre cronicidad avanzada.
2. Preguntas de mayor nivel relacionadas con el tratamiento de los síntomas más frecuentes.

03 PACIENTE CON DOLOR

N.º Preguntas: **23**

Conceptos clave

Sin duda es un tema tradicional en el EIR desde sus inicios.

- **Definición y otros tipos de dolor como alodinia de IASP.** Se han preguntado de manera recurrente con repunte en 2015. Debe completarse con la clasificación del dolor nociceptivo-neuropático, agudo-crónico y benigno-maligno.
- **Escalas de valoración de dolor.** Se trata de una parte del tema ampliada, en tanto en cuanto puede ser unidimensional o multidimensional, así como escalas específicas para niños, demenciados... La más preguntada es la EVA. No obstante, desde 2006 no se registran preguntas. A colación de la tendencia del EIR de repetir preguntas de principios del año 2000, puede ser un tema de caja invisible.
- **Tratamiento del dolor.** La escala analgésica de la OMS y características de los fármacos de cada escalón es la parte estrella de este tema.

Nivel complejidad

El histórico de preguntas es de corte sencillo, pero se espera mayor profundidad en preguntas relacionadas con el tratamiento farmacológico y escalas de valoración del dolor.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas relativas al control del dolor oncológico propuesta por el Ministerio es decir, la relación entre la escala de la OMS y la escala EVA.
2. Preguntas sobre escalas de valoración del dolor, distintas a la EVA.

04 HEMATOLOGÍA

N.º Preguntas: **27**

Conceptos clave

Se trata de un bloque **poco representado** a pesar del número del histórico, dado que 18 preguntas de todo este bloque se centran en la composición de la sangre y las alteraciones de la serie roja (anemia), mientras que las enfermedades oncohematológicas, solo han recogido dos preguntas en todo el histórico (linfoma Hodgkin)

Nivel complejidad

Las enfermedades oncohematológicas (leucemia y linfoma) están infrarepresentadas y a la vez son complejas, de manera que es un contenido **poco eficiente** para el estudio. Con una propuesta diferencial entre los tipos de leucemias y la diferencia entre Hodgkin y no Hodgkin puede ser suficiente.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas sobre anemias congénitas, talasemia, degranocitosis.
2. Preguntas generales sobre los componentes sanguíneos, como clasificación de serie blanca, valores normales...

05 GRUPO SANGUÍNEO Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

N.º Preguntas: **21**

Conceptos clave

Es un tema clásico en el histórico del EIR, para presentarse al examen deben manejarse:

- **Sistemas ABO.** Antígenos y anticuerpos del plasma; tabla de compatibilidad y en casos de extrema urgencia.
- **Cuidados de Enfermería en Hemoterapia.** Canalización, velocidad infusión y características de los principales productos sanguíneos.
- **Transfusión sanguínea.** Es fundamental conocer los criterios de selección y exclusión de los donantes de sangre de manera minuciosa, que parten del Anexo II del Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. Se completa con las complicaciones de las transfusiones especialmente, las inmediatas.

Nivel complejidad

Se trata de preguntas conceptuales, con nivel de complejidad que se incrementa como queda constatado con la compatibilidad sanguínea en casos de no optar de sangre del mismo grupo, y las preguntas de reacción hemolítica aguda. Las relativas al RD requieren un estudio minucioso del anexo II.

Tendencia esperada:



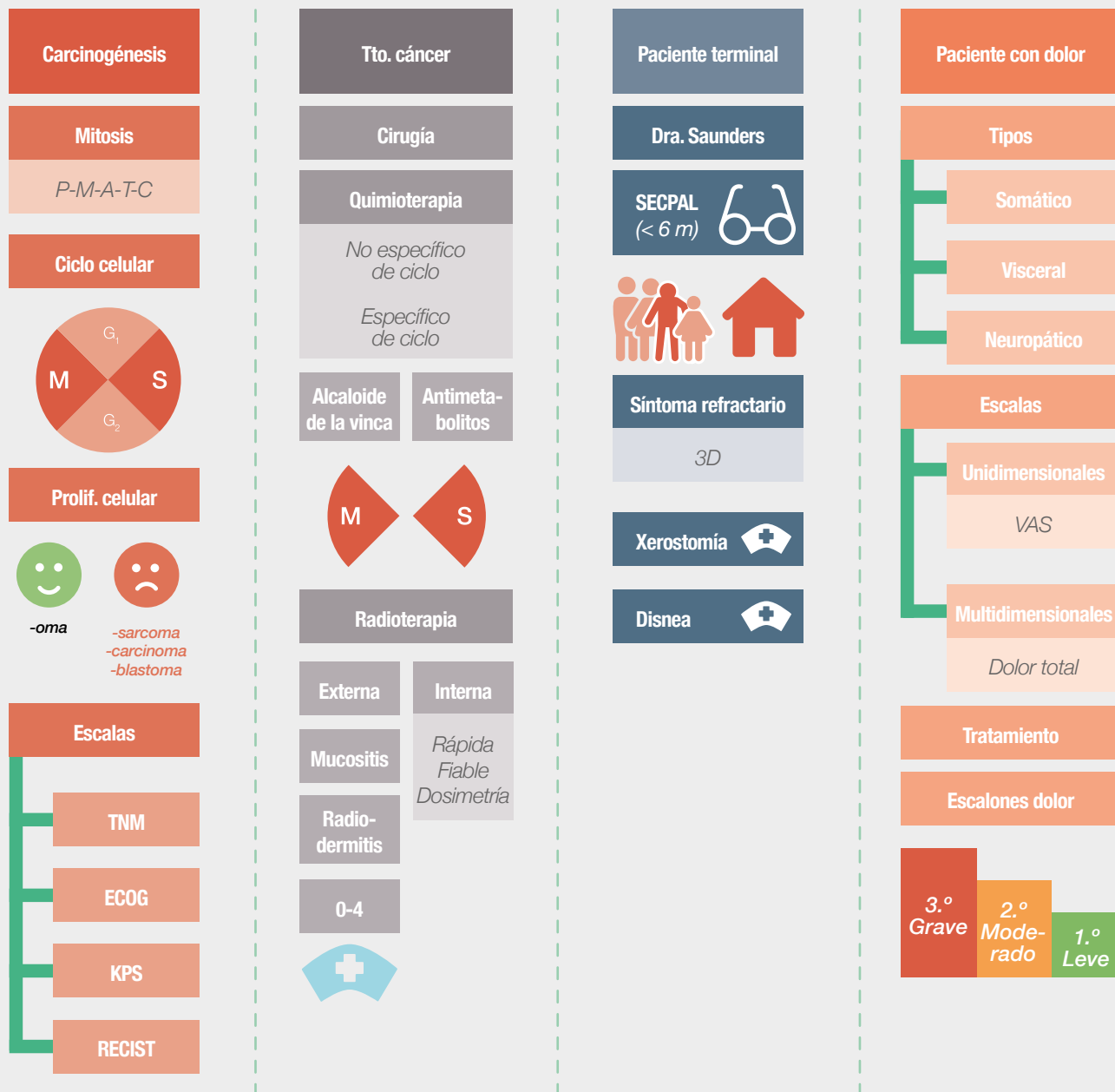
La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

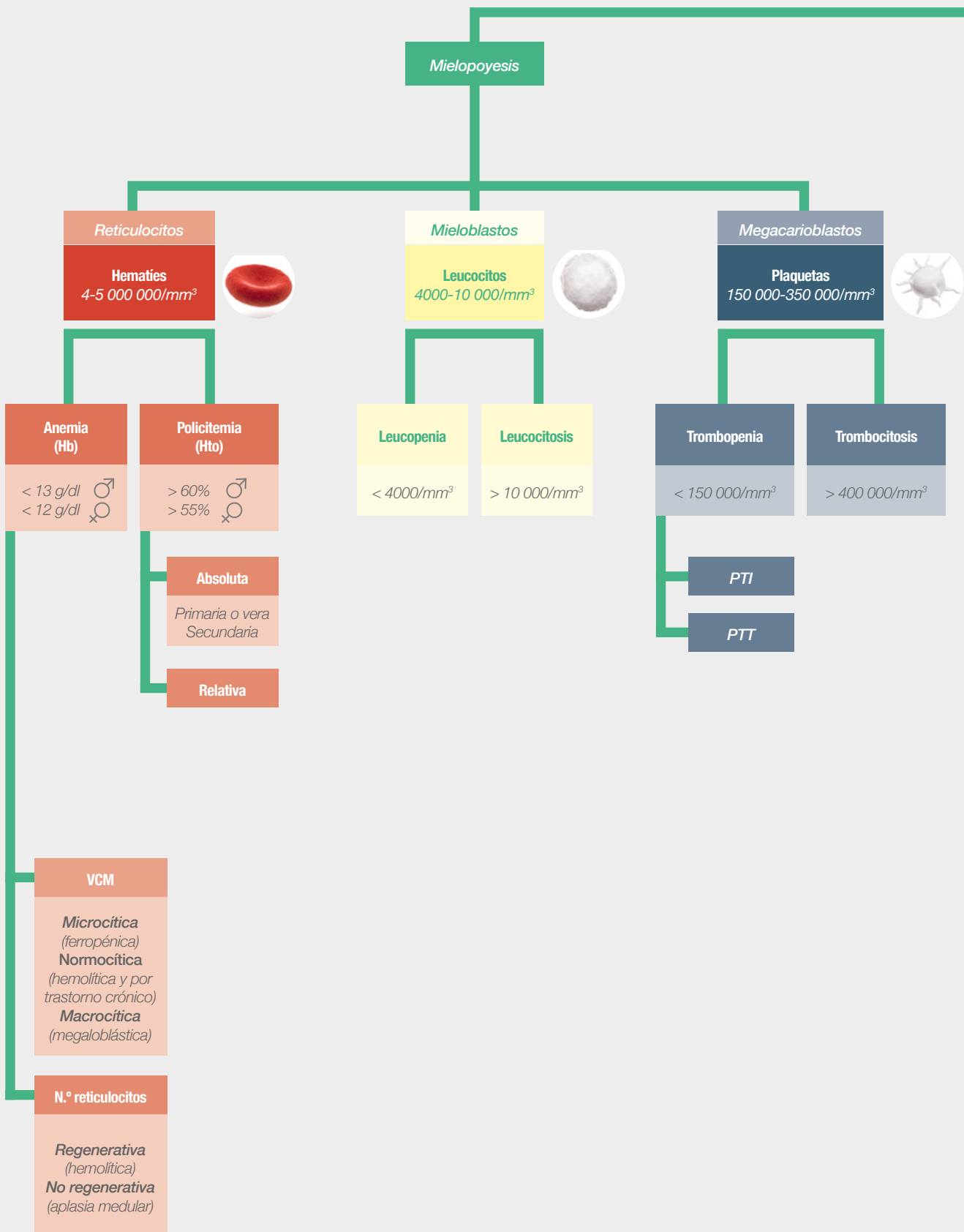
1. Preguntas sobre criterios de exclusión temporal, dado que se han centrado hasta ahora en la exclusión permanente o la selección.
2. Preguntas sobre conservación de los productos sanguíneos, en relación a las numerosas observaciones sobre la velocidad de infusión.

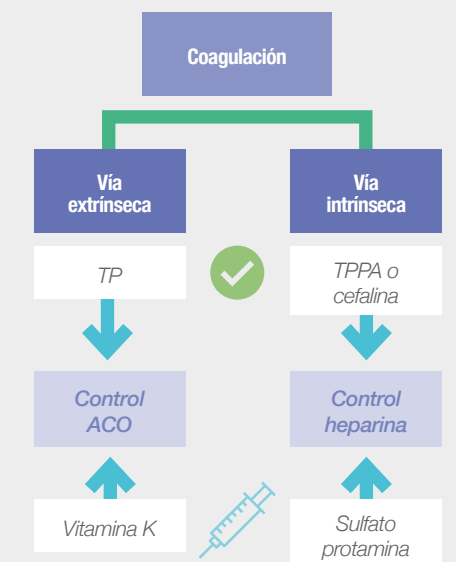
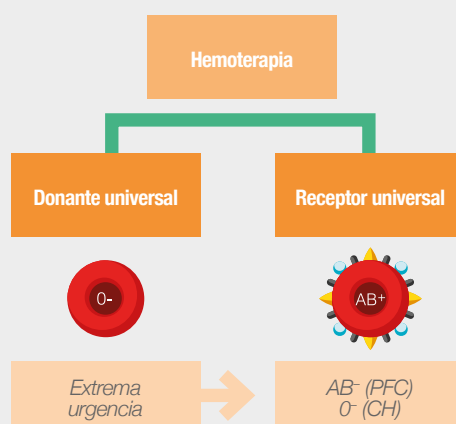


Mapa conceptual

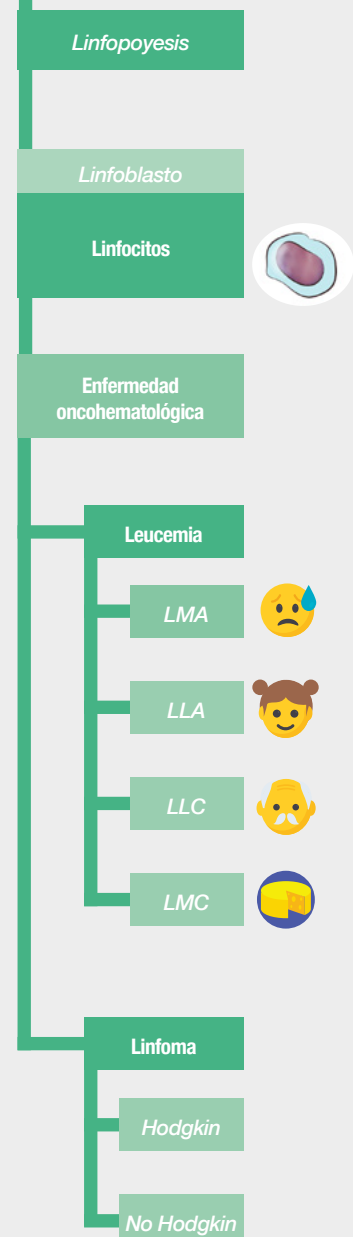
Oncología







Concentrado de hematies	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco congelado
42 días 4 °C (±2)	5 días 22 °C (±2)	36 meses -30 °C
Lenta (máx. 4 h) SF isotónico en Y	Rápida para evitar aglutinación SF isotónico	Descongelar a 37 °C y usar antes de 6 h
Hematies y algo de plasma	Solo plaquetas	Solo factores de coagulación





Actualizaciones

Anexo I

Atención al duelo en cuidados paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación (Monografía SECPAL, 2014)

1.1. Recomendaciones Clínicas

Resumen de evidencia	
La mayor parte de las personas en duelo se ajustan a la pérdida de forma natural y eficaz; sin embargo, un 10-20% de los dolientes presentan problemas importantes en el proceso de adaptación.	2+
Resulta imprescindible conocer aquellas variables que indican la posibilidad de padecer duelo complicado con la finalidad de prevenirlo. La valoración e identificación de los factores de riesgo forma parte de los objetivos principales de los Cuidados Paliativos.	4
No son eficaces las intervenciones en duelo normal (incluso pueden ser perjudiciales), excepción hecha de la población infantil y adolescente (aunque en esta población se precisa de un trabajo por edades); parecen mostrarse ligeramente eficaces en duelo de "alto riesgo" y son realmente eficaces en duelos complicados y trastornos relacionados con la pérdida.	1+/2+

Recomendaciones y niveles de evidencia	
Los profesionales de Cuidados Paliativos o los profesionales que atienden a los enfermos en la fase final de la vida y a sus familiares tienen que tener una formación básica en duelo para acompañarlos e identificar factores de riesgo y duelo complicado para derivar al psicólogo o en su defecto al equipo de referencia de atención primaria o salud mental.	D
No se recomiendan las intervenciones preventivas en duelo normal en adultos, pudiéndose ser incluso perjudiciales.	B
En el duelo normal sólo se recomienda facilitar información acerca del proceso de duelo y sobre los recursos disponibles. Se sugieren pautas básicas de actuación, para ese momento preciso (ver niveles asistenciales).	D
Se recomienda identificar factores de riesgo de duelo complicado y derivar al psicólogo de Cuidados Paliativos.	D
En niños y adolescentes el asesoramiento dirigido a la población general puede ser positivo, aunque se precisa de estudios por edades.	B
En dolientes de "alto riesgo" (muertes súbitas, traumáticas o múltiples; acontecimientos concurrentes; pérdida de un hijo; patología previa, demanda de ayuda) se recomienda llevar a cabo un seguimiento regular y valorar por el psicólogo del equipo de cuidados paliativos o en su defecto al equipo de referencia de atención primaria o salud mental de su área, la necesidad de una intervención psicológica precoz o tratamiento especializado.	B
Se recomienda derivar a aquellas personas que presentan trastornos asociados a la pérdida o duelo complicado al psicólogo del equipo de cuidados paliativos o en su defecto al equipo de referencia de atención primaria o salud mental de su área, para que reciba tratamiento especializado.	B

Organización y Actuación	
Población	Tipo de actuación
Todos los dolientes	Información acerca del duelo y los recursos disponibles
Niños y adolescentes	Valorar la necesidad de asesoramiento por el psicólogo del equipo de cuidados paliativos o por el servicio especializado
Dolientes adultos de "alto riesgo"	Valorar la necesidad de asesoramiento psicológico o una intervención precoz por el psicólogo del equipo de cuidados paliativos o servicio especializado
Duelo complicado Trastornos asociados a la pérdida	Tratamiento especializado (Psicólogo de Cuidados Paliativos, Atención Primaria o Salud Mental)

1.2. Protocolo de Atención al Duelo (después del fallecimiento)

Período	Actuación
Entre 1 y 3 semanas después del fallecimiento (si el enfermo muere en el centro)	<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir a la familia nuestras condolencias. • Realizar un contacto de despedida o cierre a través de una carta de condolencia o por teléfono.
Entre 1 semana y 15 días después del fallecimiento (cuando el enfermo fallece en domicilio)	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una llamada telefónica o una "entrevista familiar de despedida" con todo el equipo, permitiendo transmitir condolencias, expresar y explorar sentimientos, recoger medicación sobrante, aclarar dudas y evaluar inicialmente el duelo. Esta entrevista permite a la familia la expresión de sentimientos, emociones y pensamientos en relación a la experiencia vivida. Así mismo, favorece aclarar dudas frecuentes sobre la medicación final y el sufrimiento o no del paciente. • Realizar una despedida o cierre a través de una carta de condolencia.
Entre la 4ª y 8ª semana después del fallecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Un seguimiento permite que se realice la estimación inicial de la evolución del duelo, normalizar sus manifestaciones dando información sobre el mismo, facilitar recursos complementarios y que el psicólogo del equipo de cuidados paliativos atienda a los dolientes que necesiten un asesoramiento o una intervención más formal, los que presenten "alto riesgo" de duelo complicado o trastornos asociados a la pérdida. • La identificación del riesgo de duelo complicado se debe llevar a cabo mediante: a) Los factores de riesgo, b) la recopilación y el análisis de datos familiares y c) El juicio clínico. <ul style="list-style-type: none"> - A. Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC). - B. Factores de riesgo de duelo complicado - C. DSM-IV-TR. Pendiente de la publicación en español del DSM-V ⁽²⁹⁾.
A partir de los 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo del equipo puede valorar "duelo complicado" y atender a los dolientes que lo necesiten. <ul style="list-style-type: none"> - A. DSM-IV-TR. Pendiente de la publicación en español del DSM-V ⁽²⁹⁾. - B. Inventario de Duelo Complicado (IDC). - C. Criterios de duelo complicado, Prigerson y cols. , 2009.

Anexo II Guía Clínica Sedación Paliativa (Biblioteca, SECPAL)

Sedación Paliativa (SECPAL)

"Se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado"

Situaciones donde puede emplearse según la asociación europea (EAPC):

- Sedación transitoria para los procedimientos traumáticos o dolorosos.
- Sedación como parte del cuidado de las quemaduras.
- Sedación utilizada al final de la vida para la desconexión de la ventilación asistida.
- Sedación en el manejo de los síntomas refractarios al final de la vida. Cherny lo define "cuando un síntoma no puede ser adecuadamente controlado a pesar de intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia del paciente"
- Sedación de emergencia.

- **Sedación "respiro" o respite sedation.** Se aplica a la sedación de duración limitada utilizada con la intención de romper el círculo de dolor, ansiedad y angustia. El paciente sedado, es despertado tras un período acordado (24-48h) para evaluar el síntoma.
- La práctica de la sedación respiro reconoce que un síntoma podría responder a la terapia continuada o futura o bien que la capacidad del paciente para tolerar el síntoma puede mejorar después del descanso y la reducción del distrés proporcionado por la sedación
- Sedación para el sufrimiento psicológico o existencial

La **proporcionalidad** sobre la sedación en este contexto es objeto de debate, de manera que respecto a la **sedación profunda** sólo debiera realizarse cuando la sedación superficial se ha manifestado inefectiva, a excepción de los siguientes casos: el sufrimiento es intenso, el sufrimiento es definitivamente refractario, la muerte se espera en horas o pocos

días, existe deseo explícito del paciente, o ante la presencia de eventos catastróficos emergentes al final de la vida, como asfixia o hemorragia masiva. En estos casos, es la sedación de primera elección.

Síntomas más frecuentes que conducen a sedación paliativa:

- 55%. Delirium/inquietud/agitación sin respuesta adecuada a haloperidol
- 27%. Disnea
- 18%. Dolor
- 4%. Vómitos y náuseas

El sufrimiento psicológico es un motivo de inclusión reciente, puede utilizarse siempre y cuando que sea proporcional al intenso sufrimiento del paciente, estemos seguros de haber agotado todas las opciones de alivio y contemos con el consentimiento claramente explicitado por un paciente autónomo y competente.

Aspectos ético-legales de la sedación paliativa.

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de **condiciones**:

1. Se plantea ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control.
2. Dejar constancia en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a éstos.
3. Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media corta.
4. Se debe ajustar la dosis y la combinación de fármacos a la disminución de conciencia suficiente. La monitorización de la respuesta del paciente al fármaco es fundamental para lograr aliviarlo del sufrimiento causado por un síntoma refractario (Ramsay, Richmond)
5. Se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente, cuando sea posible.
6. Evaluación interdisciplinar.
7. Debe proporcionarse por profesionales altamente entrenados y siempre bajo su indicación.

! RECUERDA

No existe evidencia que la administración de sedación proporcional **acorte la vida**, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida.

En esta guía no se establece relación entre el **principio o doctrina doble efecto y la sedación paliativa**, en tanto en cuanto los elementos del doble efecto son:

- El acto tiene que ser bueno, o al menos indiferente.
- Simultaneidad. Los efectos buenos y malos se siguen inmediata y simultáneamente del acto. Es decir, que no se puede obtener el bueno por medio del malo.
- Intencionalidad. Se busca sólo el bueno –aliviar el dolor– y se tolera el malo –la muerte.
- Proporcionalidad. Tiene que existir cierta proporción entre el efecto bueno querido y el malo.

	Sedación Paliativa	Eutanasia
Intencionalidad	Aliviar el sufrimiento refractario	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento.
Proceso	Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente.	Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida.
Resultado	Alivio del sufrimiento	Muerte

Fármacos más empleados en sedación paliativa:

1. **Benzodiacepinas**: Midazolam, fármaco más utilizado en sedación.
2. **Neurolépticos**: Levomepromazina o Clorpromazina: más sedativos que haloperidol. (Por vía subcutánea se recomienda usar Levomepromazina en lugar de Clorpromazina).
3. **Barbitúricos**: Fenobarbital, ya que está permitido su uso por vía subcutánea.
4. **Anestésicos prototipo Propofol**: Inicio rápido de acción, duración ultracorta, fácil y rápidamente controlable mediante titulación de dosis en infusión continua.



AULA+

www.aulaplusformacion.es