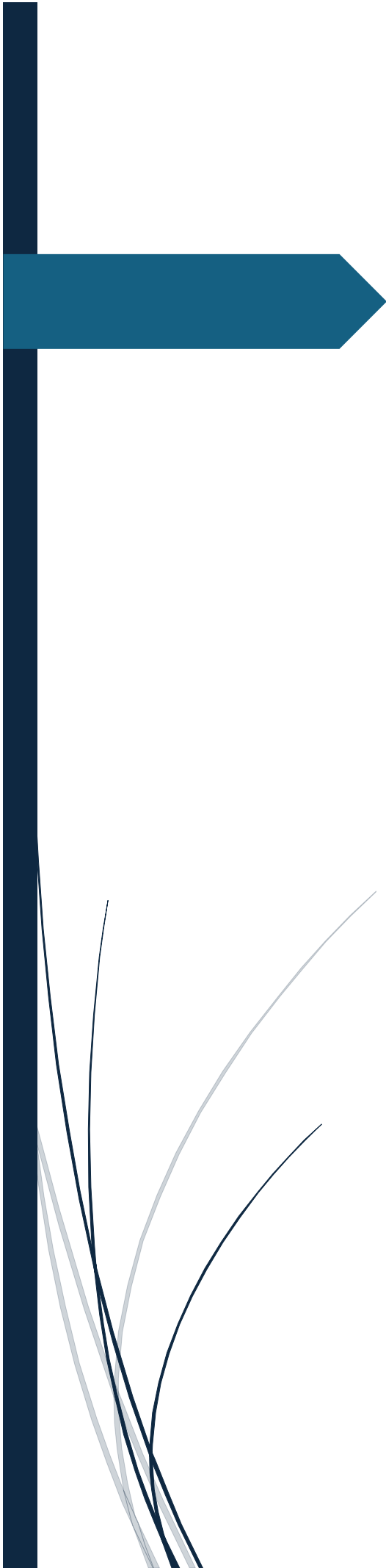




ROTACIÓN EN HOSPITAL LA FE. ACERCÁNDONOS A LA PREHABILITACIÓN

Sara Jiménez Rivas
sjrivas@salud.madrid.org

Agradecimientos:

Este comienzo de camino no hubiera sido posible sin la confianza depositada en mí desde el principio de mi supervisora de unidad, Rosalía Lázaro Olavide, que lucha incansablemente por mostrar talentos y hacer ver que vales.

A la fundación Mari Paz Jiménez Casado porque son el impulso que ahora mismo se necesita y sobre todo por darle también la oportunidad a las enfermeras.

Al equipo de la Fe, que se han comportado maravillosamente conmigo y donde me he sentido muy cómoda. Espero que las conexiones de puedan seguir manteniendo.

Por último, a todo mi entorno que se alegra siempre de las cosas buenas que me pasen apoyándome y dándome seguridad.

ROTACIÓN EN HOSPITAL LA FE: PERIODO OBSERVACIONAL COMO ENFERMERA SOBRE EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON SARCOMA. ACERCÁNDONOS A LA PREHABILITACIÓN.

Resumen

Introducción: Adecuar al paciente antes de la cirugía es un indicador de mejor recuperación, y para ello se debe de trabajar antes de esta misma en su capacidad funcional, estado nutricional y estado psicológico. Realizar programas de entrenamiento multimodal con un equipo multidisciplinar, refuerza conductas para el beneficio del paciente y a la vez lo implica en su cuidado.

Objetivos: Conocer el funcionamiento de la medicina perioperatoria alrededor del paciente oncológico que va a ser sometido a cirugía de sarcoma en el Hospital de la Fe.

Material y método: A través de método observacional se realiza una rotación en el hospital la fe, en las áreas de traumatología, oncología y medicina perioperatoria.

Conclusiones: Las posibilidades de obtener mejor recuperación tras la cirugía comienzan antes de la intervención, y esto se debe a la optimización del paciente. Los programas son accesibles, pero deben estar dotados de personal e instalaciones, por lo que se necesita de esfuerzos en financiación y personal cualificado.

1.INTRODUCCIÓN

Los sarcomas son un tipo de cáncer que empieza en los huesos o en los tejidos blandos del cuerpo, como los cartílagos, las grasas, los músculos, los vasos sanguíneos, los tejidos fibrosos u otros tejidos conjuntivos o de sostén.

Este cáncer comienza como una proliferación de células en los huesos y tejidos blandos. Ocurre cuando las células desarrollan cambios en su ADN. El ADN de una célula contiene las instrucciones que le indican lo que debe hacer. En las células sanas, el ADN da las instrucciones a las células para que proliferen y se multipliquen a un determinado ritmo. El ADN también les indica a las células en qué momento deben morir. En el caso de las células cancerosas, los cambios en el ADN hacen que las instrucciones sean diferentes. Los cambios les indican a las células cancerosas que proliferen y se multipliquen con rapidez. Las células cancerosas pueden formar un bulto que se conoce como tumor. El tumor puede aumentar de tamaño hasta invadir y destruir el tejido corporal sano (Mayoc Clinic, 2025).

En los casos en los que se proceda a la cirugía como parte del tratamiento, contar con la prehabilitación como estrategia preoperatoria supondría un avance en la recuperación tras la cirugía y permite además al paciente que participe de manera activa en su cuidado. Los programas de prehabilitación tienen como objetivo mejorar la capacidad funcional antes de la cirugía y facilitar la más temprana recuperación mejorando los resultados clínicos. La prehabilitación modifica los resultados quirúrgicos al mejorar la condición preoperatoria del paciente.

Cuando hablemos de programas de prehabilitación multimodal haremos referencia a la actividad física, estado nutricional y estado psicológico del paciente. El ejercicio físico, alimentación saludable y el apoyo psicológico comprenderán los ejes en los que se desarrolla este nuevo concepto en el periodo previo a la cirugía. Por otro lado la OMS dentro de sus recomendaciones para evitar el sedentarismo recomienda realizar ejercicio de manera regular y al menos dos días a la semana ejercicios de fuerza.

Hasta hace relativamente poco, si había evidencias de que el entrenamiento físico mejoraba la capacidad funcional antes de la cirugía, pero no había estudios diseñados para demostrar que esta mejoría inducía mejores resultados posoperatorios (Ubré, M., et al 2022).

Ante un diagnóstico de sarcoma, el organismo comienza una lucha sistémica que produce estrés fisiológico. Este estrés fisiológico al que se somete un paciente quirúrgico requiere de una buena optimización y el proceso comienza semanas antes de la cirugía. Pacientes que presenten peor estado general serían los más beneficiados.

Es muy importante valorar los niveles de hierro y hemoglobina antes de la cirugía en pacientes que se encuentran en un proceso oncológico, así como su perfil nutricional, actividad física y situación psicológica. Profesionales de unidades de cirugía, rehabilitación, psiquiatría, psicología, nutrición, anestesia y enfermería conformarían el equipo multidisciplinar implicado.

Las condiciones preoperatorias del paciente influirán en los resultados del posoperatorio. En muchas ocasiones nos encontramos con pacientes con alto grado de sarcopenia o con un crecimiento impactante del tumor, ya que a veces se producen crecimientos muy rápidos.

En la revisión sistemática realizada por Sealy, L; et al (2025) encontraron estudios que se hallaban evaluando la suplementación con Vit D y magnesio para disminuir los efectos en la neutropenia febril a la vez que encontraron hallazgos de déficit de tiamina en estos pacientes.

Por otra parte, estudios demuestran que los pacientes que se implican desde primera hora en su autocuidado se vuelven más obedientes en el periodo de recuperación (Guilis, C; et al, 2019) por lo que beneficia para la consecución de hábitos de vida saludable.

En el periodo postoperatorio se va a incrementar la demanda de oxígeno de órganos y tejidos, y aumentan las necesidades del metabolismo (Gillis et al., 2022). A la vez la incapacidad de compensar las necesidades a nivel cardiaco también puede producir fallo como consecuencia más común. Se necesita un sistema circulatorio no comprometido y que los neutrófilos parte de la defensa primaria, acudan en niveles óptimos cuando se produce una infección del sitio quirúrgico. (Greif, et al; 2000), motivo por lo que hace evidente también que pacientes con riesgo cardiorrespiratorio sean candidatos prioritarios para trabajar con ellos la gestión en la prehabilitación. Realizar pruebas de esfuerzo proporciona también conocimiento sobre el consumo de oxígeno del paciente durante el ejercicio y su capacidad funcional en la actividad física y esto daría a conocer datos de su reserva cardiaca. La capacidad que presentan órganos y el sistema biológico para funcionar en condiciones de estrés posoperatorio va a venir condicionado por el rendimiento cardiorrespiratorio entre otros (Ince, 2017),

Realizar testeos sobre la capacidad cardiorrespiratoria y funcional podría identificar en el preoperatorio qué paciente puede tener un mayor riesgo de complicaciones en la cirugía y deficiencias a largo plazo. Una buena capacidad para el ejercicio representa un factor protector y proporciona un margen de seguridad. Un paciente con una adecuada reserva fisiológica tendrá un tiempo menor de recuperación.

La importancia de la prehabilitación, en pacientes con un estado basal no muy deteriorado, busca que el paciente responda a los cambios generados por la cirugía de la mejor manera y recuperar lo antes posible sus funciones esenciales y normalidad en el sistema biológico, ya que cambian los requerimientos, marcados por la cirugía. El cuerpo se tiene que adaptar para la creación celular y ajustes hormonales.

Un estado nutricional declive se asocia a mayor respuesta inflamatoria, sistema inmune incompetente y mayor fragilidad (Briet, 2003). Por otra parte, la respuesta fisiológica generada por la lesión de la cirugía es predecible, lo que permite conocer qué aspectos mínimos se tienen que optimizar.

En un estudio prospectivo realizado en pacientes con cáncer, concretamente de colón, se concluyó que el doble de pacientes prehabilitados recuperaron su capacidad funcional para caminar,), a las 8 semanas después de la cirugía, en comparación con los pacientes que recibieron solo atención ERAS ((Enhanced Recovery After Surgery) en cirugía

colorectal (Li, 2013). El método empleado para la evaluación fue la prueba de caminata de 6 minutos (6MWT; una medida práctica de la capacidad funcional.

Por otro parte nos encontramos ante un cambio de paradigma ya que hasta hace relativamente poco por ejemplo no se hablaba de la movilización precoz en los modelos tradicionales de cuidados en cirugía, y esto también ha influido (Soudert, et al; 2015)

A continuación, profundizaremos algo más en los factores modificables de la prehabilitación:

1. Capacidad funcional. Estado físico

La capacidad funcional es el resultado más medido en la investigación en prehabilitación (Gillis, 2021) y es la habilidad para hacer frente a las actividades de la vida diaria integrando los nuevos requerimientos.

Realizar ejercicio físico influiría beneficiosamente en mantener las reservas fisiológicas, así como mejorar el condicionamiento físico y actuar frente a los efectos de los tratamientos, consiguiendo mejor respuesta. La realización de ejercicio puede tener beneficios en cuanto a la eliminación de toxinas de los tratamientos. También se ha demostrado que la realización de ejercicio físico tiene beneficios como fortalecer los músculos, liberar sustancias que refuerzan el sistema inmune, disminuye la inflamación, y el estrés oxidativo.

Para mejorar la capacidad funcional, y obtener mejores beneficios, dentro de la prehabilitación se adoptan los entrenamientos por intervalos. La importancia de la fuerza para trabajar la musculatura y la resistencia cardiovascular.

Disponemos de escalas como la Escala MSTS-ISOLS que valora la calidad de vida y la funcionalidad de pacientes que han sido sometidos a cirugía por un tumor musculoesquelético. Entre sus ítems se encuentra: dolor del miembro afecto desde ninguno a grave, función desde sin restricción a discapacidad total, aceptación emocional desde entusiasmado a disgustado, soportes desde ninguno a 2 muletas, deambulación desde ilimitado a incapacitado, marcha desde normal a HCAP mayor, respecto a miembro inferior y para miembro superior se añadiría posición de la mano, destreza y capacidad para levantar objetos (SECOT, Esta escala nos facilitaría trabajar en los ejercicios de recuperación.

Realizando un buen programa de prehabilitación y consiguiendo una buena adherencia por parte del paciente, es más fácil conseguir que los entrenamientos se mantengan en el tiempo.

Para medir la capacidad funcional se realizará el test de la marcha de 6 min, (TM6), y resultados inferiores a 400 metros se asocia a movilidad limitada y peores resultados en la recuperación.

2. Estado nutricional

Presentar un estado nutricional óptimo antes de la cirugía es signo de una mejor recuperación. Prevenir la desnutrición en estos pacientes puede reducir incluso el tiempo de estancia hospitalaria. Un paciente con desnutrición puede generar una respuesta inflamatoria comprometida, haciéndolo más susceptible a infecciones, mientras que un paciente con sarcopenia podría tener un umbral más bajo, lo que se consideraría una respuesta de estrés “crítica”, en la cual la degradación de proteínas corporales inducida por el estrés agota aún más su reserva y amenaza su independencia funcional.

Estudios demuestran que durante el periodo preoperatorio se produce una resistencia a la insulina por parte de los tejidos y esto hace que aumenten los niveles de la hemoglobina glicosilada (Karimian, 2018), por lo que se debe controlar los niveles de glucemia en sangre y adecuar los requerimientos nutricionales.

La lesión provoca una respuesta fisiológica donde se produce un aumento en la circulación de glucocorticoides, catecolaminas, y glucagón. Al producirse una movilización de la energía esto lleva a una hiperglucemia y catabolismo. La proteólisis y la lipólisis se aceleran para proporcionar precursores para la gluconeogénesis (formación de nuevo glucógeno) (Guillis et al, 2015). En este tiempo de estrés fisiológico a nivel nutricional el organismo se encuentra dispensándose de reservas de glucagón, a la vez que, de lípidos y proteínas, elementos necesarios para la recuperación y postoperatorio.

Los micronutrientes como vitaminas y minerales también son componentes esenciales en el metabolismo energético por lo que es importante determinar valores para prevenir la desnutrición. (Gillis, 2021)

El aporte nutricional de nutrientes anabólicos incluida la proteína dietética, favorecerá las ganancias anabólicas (Deutz, 2021) aportando aminoácidos como estructura esencial en la síntesis de proteínas corporales.

Por otro lado, determinar los niveles de albúmina sérica en sangre nos aporta información sobre el estado nutricional e inflamación del organismo. La desnutrición se asocia también a menor capacidad para dar respuesta inmune, al disminuir el número de células encargadas de ello. (Briet, 2003)

Un estado nutricional deficiente en el momento del diagnóstico y tratamiento puede aumentar la toxicidad relacionada con el tratamiento, inmunidad, resistencia física, o calidad de vida (Barr, 2020).

Los pacientes con sarcoma pueden ser susceptibles a la desnutrición por la intensidad del tratamiento y los efectos adversos como náuseas, mucositis, anorexia, y las exigencias metabólicas de la enfermedad y recuperación (Iniasta, 2015).

En la revisión sistemática realizada por Sealy, (2025), sobre intervenciones de apoyo nutricional en niños y jóvenes tratados por osteosarcoma lanzan cuestiones como: ¿Qué metodologías han utilizado en los estudios sobre apoyo nutricional en sarcoma? o ¿Cuáles son las características del apoyo nutricional? y quizás haciendo un análisis de la situación

actual, lo que faltaría sería definir y afinar mejor los protocolos e intervenciones. Concluyen la revisión diciendo que faltan estudios aún más amplios, encuentran evidencias sobre la incorporación de micronutrientes como tiamina, magnesio y vitamina D, y que se deben aportar más información sobre el estado nutricional no dependiente del peso y experiencias de los supervivientes, por lo que nos encontramos en un momento de que sí hay evidencias, pero faltan mayor número de investigaciones con estudios más amplios.

Para detectar si existe malnutrición en el paciente se utiliza como herramienta la *escala Must*, que consiste en 5 ítems que determinarán el riesgo de desnutrición. Si el riesgo es elevado hay que realizar recomendaciones dietéticas y seguimiento, complementándose con los datos de una analítica. Se averiguará además si se está produciendo déficit de hierro y hemoglobina.

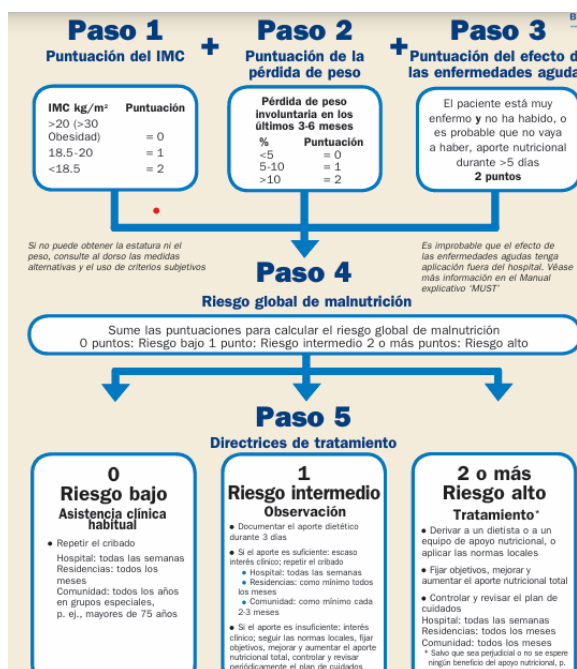


Figura 1. Escala Must

3. Estado psicológico

La mayoría de los pacientes sufren estrés psicológico antes de la cirugía y esto conlleva a episodios de ansiedad o depresión. Se produce a la vez una descompensación emocional y alteración del eje hipotálamo-hipofisis-adrenal. Los pacientes que presenten estados ansiosos antes de la cirugía podrían presentar más náuseas, así como peor control del dolor y mayor demanda de fármacos. Existe también la relación de que el malestar psicológico influye en la respuesta inmunitaria (Manou, 2019). Recibir un diagnóstico de cáncer no es solo empezar a pensar y ahora qué, también es inevitable echar la vista atrás y plantearte de qué manera venías viviendo, y todo ello genera en la paciente muchas dudas, nuevos miedos, incompreensión, mal estar con él, con los demás y todo ello necesita de un abordaje psicoterapéutico.

En este aspecto dentro de la prehabilitación se le dará al paciente herramientas que le calmen los estados de ansiedad, de pensamientos intrusivos que a la vez le condicionen para seguir en su día a día y tener herramientas para mejorar el afrontamiento. Talleres de mindfulness con técnicas de relajación centradas en la respiración, en la posición corporal, o meditaciones guiadas entre otros son herramientas que pueden aportar calma.

Sentir que perteneces a un grupo que te escucha y apoya mejora también el estado emocional y es por eso por lo que este apoyo se debería dar desde el diagnóstico.

A veces puede ser difícil expresarse y comunicar desde la incertidumbre y el miedo. Que la prehabilitación aborde el estado psicológico pone de manifiesto que hay un equipo que le ofrece apoyo y que se suma para ayudar, y esto a los pacientes les aporta tranquilidad. Conocer que este proceso es compartido y que hay alguien más que entiende parte de ese dolor emocional.

Promover el bienestar emocional en la medida de lo posible para mejorar la aceptación del proceso. Involucrar a cuidadores para conseguir mejorar la actitud, beneficia también en como el paciente se sienta.

Justificación:

Ante la notoria necesidad de mejorar las condiciones en las que el paciente oncológico acude a la cirugía, se plantea visitar otro hospital de referencia en sarcomas, como es el Hospital de La Fe, en Valencia, donde ya trabajan el concepto de la prehabilitación en la medicina perioperatoria a diferencia de mi hospital de origen, donde no hay protocolo establecido en pacientes con sarcomas.

En esta rotación se marcaron los siguientes objetivos:

- Conocer el funcionamiento de la medicina perioperatoria en paciente oncológico que va a ser sometido a cirugía de sarcoma en el Hospital de la Fe.
- Explorar los protocolos y planes elaborados en la atención al paciente oncológico quirúrgico de la unidad de traumatología
- Conocer las funciones del personal implicado en la medicina perioperatoria

2.METODOLOGÍA

Para esta rotación se ha usado el método observacional para una rotación de 2 semanas en el hospital La Fe en la unidad de tumores musculoesqueléticos, centro de referencia nacional. La persona observadora pertenece a la categoría enfermera y posee un Máster universitario en investigación de ciencias de la enfermería. La rotación fue llevada a cabo en el mes de noviembre de 2025, previo permiso de las direcciones de enfermería de ambos hospitales. Para la financiación se contó con parte la beca de enfermería oncológica otorgada por la fundación Mari Paz Jiménez Casado.

Para la rotación se elaboró una planificación por semana para poder abordar los diferentes aspectos que interesaban a la rotante comprendiendo desde el área propiamente de traumatología, anestesia u oncología, por lo que previamente se habló con la supervisora de la unidad para que ayudara a elaborar la planificación según los días de las diferentes consultas, pases de visitas en planta o quirófanos.

Durante las dos semanas que ha durado la rotación se visitaron los siguientes servicios y unidades:

Lunes: Consulta de oncología con oncólogo

Martes: Consulta de tumores musculoesqueléticos con traumatóloga

Miércoles: Consulta de medicina perioperatoria con enfermería y anestesista y unidad del dolor

Jueves: Asistencia a Comité de tumores y planta de hospitalización

Viernes: Quirófano y anatomía patológica

Consulta de oncología: Acudían pacientes que se encontraban recibiendo tratamiento o para revisiones de seguimiento. Pude observar cómo afrontan día a día, algún que otro paciente que ya se había sometido a cirugía y terminado el tratamiento y otros que se encontraban recibéndolo. Los que se encontraban recibéndolos narraban los problemas asociados como vómitos, menos apetito o días de encontrarse muy débil con algunas décimas de fiebre. Casi todos acudían acompañados, y precisaban ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria, ya que se encuentran con movilidad disminuida o con dificultad para el manejo de actividades domésticas por cansancio o agotamiento. Algunos pacientes coincidían en encontrarse en un estado de ánimo bajo tras haber superado el proceso e intentar volver a su vida normal y con una nueva sensación de incertidumbre.

Consulta de traumatología: Aquí tuve la suerte de aprender mucho ya que cuentan con un equipo muy cercano, tanto en relación al paciente como de acogida a profesionales. Acudían pacientes para seguimiento, para programar fechas de cirugía y firmar consentimientos y explicar procesos, así como primeras noticias sobre el diagnóstico, y es

aquí donde por muy profesional que seas, toca ejercer siendo lo más claro y conciso posible. En este tiempo, se visionaron muchas pruebas de imágenes, conociendo más sobre las localizaciones más frecuentes y tejidos y órganos comprometidos. Lo que me llamó la atención fue el amplio rango de edad de afectación de los sarcomas, desde perfiles jóvenes, adolescentes, a gente en senectud. Me sorprendió la incidencia de casos en mujeres.

Medicina perioperatoria: Respecto a la prehabilitación, en Valencia, llevan trabajando casi 10 años y actualmente. No es solo que el anestesta explique las pautas antes de la cirugía, sino que también se da cabida a la figura de la enfermera. En la página de la Consellería podemos encontrar el documento elaborado por la Fe, respecto a la prehabilitación, que será modificado próximamente con actualizaciones. En la consulta de medicina perioperatoria se le explica al paciente en qué consiste la cirugía y tipo de anestesia, cuando es llevado a cabo la consulta por anestesia, medicación que debe de abandonar días antes y medicación que sí tiene que tomar el mismo día. A continuación, anestesta o enfermera, explican las pautas de suplementación y ejercicio. Antes de acudir a la consulta a los pacientes se le han realizado las diferentes escalas y tienen los resultados de las analíticas donde se determinará si precisan de transfusión de sangre o administración de hierro endovenoso. También acompañé a la enfermera de unidad del dolor en su visita por planta donde me explicó los protocolos de analgesia tras la cirugía, los cuales se encontraban bastante estandarizados con un buen trabajo por detrás en comparación a mi centro de origen. Pautas para la transición de medicación anestésica a través de catéter epidural a analgesia intravenosa, o con la colocación de parches transdérmico de opioide.

Aunque el área de medicina perioperatoria lo dirija el servicio de anestesia, tanto traumatología como oncología pueden hacer interconsultas, al igual que los suplementos dietéticos como los batidos los pauta endocrino.

GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Salut
Universitat i Salut Pública

La Fe
Hospital Universitari i Politècnic

MEDICACIÓN QUE TIENE QUE DEJAR:

MEDICACIÓN QUE DEBE TOMAR LA NOCHE PREVIA A LA INTERVENCIÓN:

MEDICACIÓN QUE DEBE TOMAR LA MAÑANA DE LA INTERVENCIÓN:

☐ ANTICOAGULACIÓN SINTROM®
ALDOCUMAR®

Si toma esta medicación, contacte con su centro de control habitual en cuanto reciba la fecha de su intervención para ajustar el tratamiento.

CIRUGÍA PROGRAMADA: Servicio de Anestesiología-Reanimación
Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Figura 2. Hoja de la consulta de anestesia

Comité de tumores y planta de hospitalización: Los comités de tumores son espacios donde médicos de diferentes disciplinas se reúnen y comentan un caso, en este caso, pacientes diagnosticados de sarcomas. Se realizan los jueves a primera hora de la mañana, con una duración de una hora aproximadamente, para que después cada profesional continúe con su tarea del día. Los profesionales que acuden pertenecen al servicio de Traumatología, Cirugía Plástica, Oncología, Radiología intervencionista y Radiología musculoesquelética, Anatomía Patológica, Medicina nuclear, Cirugía Vascular, Enfermería y Psicología (Anexo I). Es un espacio de aprendizaje muy interesante porque ante el caso expuesto de la semana se valora en este encuentro qué actuaciones se llevarán a cabo y en el tiempo previsto. Un equipo multidisciplinar muy cualificado que a través de imágenes podrá detallar qué abordaje se hará en la intervención, que vía de acceso, que pronóstico se sospecha que tiene el tumor, que evolución si ya recibió el tratamiento, o que evidencias actualmente hay sobre la lesión.

Respecto a la planta de hospitalización, se investigó sobre los protocolos, registros, organización, pase médico, gestión, pautas de curas, y destacar el servicio rápido de ortopedia en casos de necesidad de dispositivos para la inmovilización.

Quirófano y Anatomía Patológica: El hospital de la Fe cuenta actualmente con un área quirúrgica innovadora y bien cualificada. Presencié cirugías de lipomas concretamente, de gran envergadura ambos, presenciando un trabajo de gran esfuerzo ante ciertas localizaciones. Precisión y cuidando el confort del paciente en todo momento. Tras la extracción el lipoma, se me dio la oportunidad de llevar la muestra en fresco a anatomía patológica, y allí compañeras del departamento, me fueron explicando el procedimiento, las instalaciones o los medios de conservación. Destacar el trabajo de esta última temporada en el biobanco, su organización y la importancia de cuidarlo para investigaciones futuras.

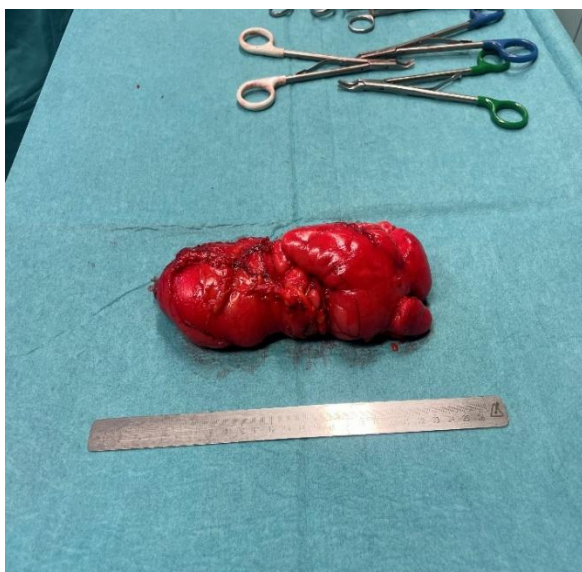


Figura 3. TLA en mesa de quirófano tras extracción

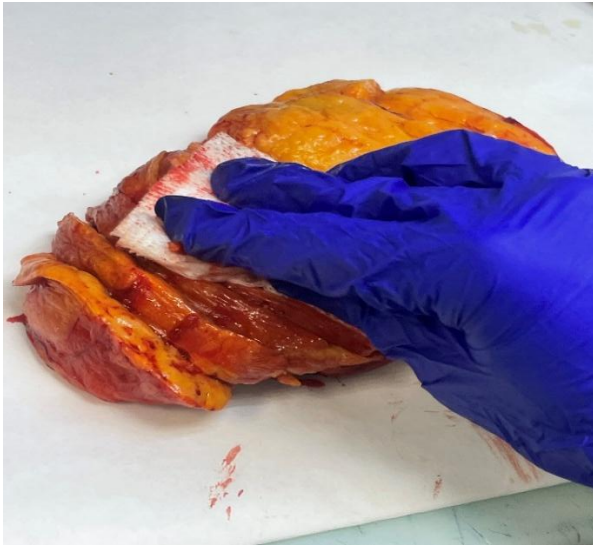


Figura 4. Cortes en lipoma para analizar en fresco



Figura 5. Colocación de VAC en mesa de quirófano en cierre quirúrgico

Por otra parte, la unidad de sarcomas de la Fe cuenta con una Community Manager que se encuentra realizando tareas de análisis estadísticos, creando así bases de datos, a la vez que visibilidad a esta enfermedad con la difusión en redes sociales. Respecto a este último apartado, la unidad de sarcomas de la Fe, CSUR a nivel nacional, colaborar de manera constante con las asociaciones de pacientes y da mucha visibilidad al trabajo que estos realizan.

El hospital de La Fe, es un hospital con un alto volumen de pacientes que van a ser sometidos a cirugía de sarcoma, ya que trataría a todos los pacientes de La Comunidad Valenciana, motivo por el que ampliar la observación con actividades complementarias ha

servido para tener un conocimiento más extenso tanto de avances de técnicas, tratamientos médicos actuales, herramientas de apoyo a los pacientes, destacando la red de difusión respecto al sarcoma. Así mismo me ha ayudado a entender mejor desde donde comienza el proceso, y esto me parece fundamental para acompañar mejor a los pacientes y entender mejor como se sienten.

Tuve la oportunidad de acudir a un taller impartido por los cirujanos sobre la detección de sarcomas que impartieron a estudiantes de cirugía general, donde se destacó lo siguiente:

1. Si no sabes lo que es no toques. Es decir, si alguien acude a consulta para que valores lo que aparentemente es un absceso o bulto de grasa, amplía la valoración realizando una ecografía. Se drenan y manipulan quistes y abscesos que terminan siendo sarcomas

2. Falta formación en el diagnóstico primario

3. Es muy importante valorar el ritmo de crecimiento.

4. Es difícil evitar con antelación un posible sarcoma, pero sí se puede evitar que el diagnóstico se retrase

2.1. Instrumentos de medida utilizados e intervenciones

Dentro de los instrumentos utilizados en la consulta de medicina perioperatoria encontramos:

2.1.1 Actividad física

Como instrumento para medir la capacidad funcional y tolerancia al ejercicio en la unidad de medicina perioperatoria del Hospital La Fe utilizan el **índice actividad de Duke** (Anexo II) modificada, que consta de 8 ítems. Tras ser rellenado los resultados pertenecerán a una de las 4 categorías: Muy baja capacidad funcional, baja capacidad funcional, capacidad funcional moderada, alta capacidad funcional. Con este resultado trabaja enfermería y anestesiista que participan en la unidad de medicina perioperatoria, para conocer el nivel de esfuerzo y tipo de ejercicios que se le recomendarán al paciente antes de la cirugía.

El entrenamiento físico aeróbico con periodos de alta y baja intensidad es adecuado para mejorar la función cardiopulmonar. El entrenamiento lo realizará diariamente hasta el día de la intervención. Se le pide al paciente también que realice un registro diario, indicando cómo se siente tras la realización del ejercicio y cuál ha sido el esfuerzo percibido durante la realización del mismo, y como novedad colocan en algunas ocasiones una pulsera inteligente con sensor que les ayuda a tener registros y conocer luego como ha ido la recuperación.

En este apartado se le indicará al paciente que camine diariamente 30 min y haga cambios de ritmo, y lo combinarán con ejercicios de fuerza, que se incluyen en un documento gráfico.

Intensidad baja

1. Caminar 30 minutos (5 series x 6 minutos) 5 minutos caminando a ritmo moderado + 1 minuto caminando rápido (ascenso o descenso de 1 piso de escaleras).
2. Estiramientos de miembros superiores, tronco y miembros inferiores.

Intensidad media

1. Caminar 30 minutos (5 series x 6 minutos) 4 minutos caminando a ritmo moderado + 2 minutos caminando rápido (ascenso o descenso de 2 pisos de escaleras).
2. Estiramientos de miembros superiores, tronco y miembros inferiores.

Intensidad alta

1. Caminar 30 minutos (5 series x 6 minutos) 3 minutos caminando a ritmo moderado + 3 minutos caminando rápido (ascenso o descenso de 3 pisos de escaleras).
2. Estiramientos de miembros superiores, tronco y miembros inferiores.

Los ejercicios de fuerza están dirigidos a mantener musculatura. Como consecuencia del ingreso hospitalario, se producirá una actividad menor a la que el paciente realiza en su vida cotidiana. Es importante anticiparse y prepararse para prevenir complicaciones y evitar retrasar la recuperación. Se le indica al paciente que el entrenamiento lo realice diariamente hasta el día de la intervención.

A continuación, los ejercicios de fuerza detallados.

Ejercicio 1

Ejercicio de flexión con piernas con silla

Procedimiento

- 1 Siéntese en una silla firme con brazos. En el caso de que no pueda hacerlo, apóyese solo con un brazo y, si no puede, hágalo con la ayuda de los dos brazos.
- 2 Apoye bien los pies en el suelo y levántese sin apoyarse en el reposabrazos.
- 3 Una vez levantado, manténgase 1 segundo de pie y vuelva a sentarse.
- 4 Descanse unos segundos y empiece de nuevo.

Inicio

- 1 Realice 2 series con 5 repeticiones cada una.
- 2 Realice un descanso de 10 segundos entre ambas series.



Ejercicio 2

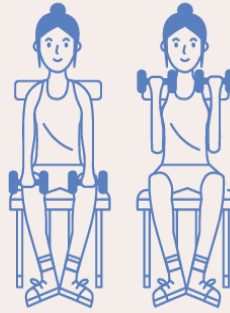
Ejercicio en posición sentada de flexión y extensión de los brazos con carga

Procedimiento

- 1 Siéntese con los brazos estirados a lo largo del cuerpo y una pesa en cada mano.
- 2 Doble los codos hacia el pecho, dirigiendo las pesas hacia los hombros.

Inicio

- 1 Escoja una pesa de 1 kg que le sea cómoda en el agarre para la realización del ejercicio (por ejemplo, una botella de agua de litro).
- 2 Realice 2 series con 5 repeticiones cada una.
- 3 Realice un descanso de 10 segundos entre ambas series.



Ejercicio 3

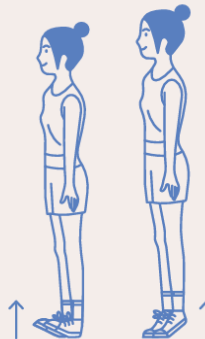
Ejercicio de equilibrio punta-talón

Procedimiento

- 1 Sitúese de pie.
- 2 Mantenga el equilibrio apoyando su peso solo sobre las puntas de los pies.
- 3 Permanezca en esta posición unos segundos y, a continuación, mantenga el equilibrio apoyándose solo en los talones. Si se siente más seguro, sitúese de pie apoyado en una mesa o barandilla.

Inicio

- 1 Mantenga la posición de puntillas contando hasta 10; a continuación, cuente de nuevo hasta 10 ahora manteniéndose con los talones.
- 2 Realice 2 series con 5 repeticiones cada una.
- 3 Realice un descanso de 10 segundos entre ambas series.



Ejercicio 4**Ejercicio de estiramiento de la parte posterior del muslo****Procedimiento**

- 1 Desde la posición de sentado, estire una de las piernas apoyando el talón en el suelo.
- 2 Tire del pie apoyado en el suelo ligeramente hacia arriba.
- 3 Coloque las dos manos apoyadas en la rodilla contraria a la pierna estirada.
- 4 Realice un movimiento del tronco hacia adelante, hasta que se sienta cierta tensión en la musculatura de la parte posterior de la espalda y en la parte posterior del muslo.

Inicio

- 1 Empiece manteniendo la posición durante 10-12 segundos y repita 3 veces.
- 2 Realice un descanso de 10 segundos entre ambas series.
- 3 Después haga lo mismo con la otra pierna.

**2.1.2 Estado nutricional**

Para el cribado nutricional se utilizará el **test de Must** que conocerá si el paciente presenta desnutrición o riesgo de esta. En función de esto, desde medicina perioperatoria junto con el servicio de nutrición le pautarán batidos la semana antes de la cirugía c/8, incluidos en la receta electrónica que el paciente puede ir a la farmacia a recogerlos. En el Hospital La Fe prescriben Atempo, y en la visita presencial la enfermera o anestesista les aportan a los pacientes 6 unidades de la preparación sugarmix para tomar la tarde de antes de la cirugía de 20h a 24h, 4 unidades, y 2 la misma mañana de la cirugía, 2 horas antes de la cirugía, a excepción de los pacientes diabéticos que no toman estos de por la mañana, con el objetivo de aumentar las reservas de energía y dextrosa, para permitir al organismo no llevarlos a un estrés más intenso durante el ayuno producido por la cirugía y permitir en la recuperación que no se gasten reservas de proteínas y lípidos. A través de las analíticas se conocen los valores de la hemoglobina y hierro y en caso de ser deficientes se administran vía intravenoso días antes de la cirugía.

2.1.3. Estado psicológico

Para el abordaje del aspecto psicológico el hospital cuenta con los psicólogos de la Sociedad Española Contra el Cáncer que les ofrece apoyo tanto a pacientes como familiares desde el diagnóstico primario si así lo desean. También les informan desde las diferentes sedes que disponen cerca de sus viviendas habituales y los recursos de los que disponen. El estado mental, que incluye la autopercepción del estado de ánimo y la emoción

En el abordaje psicológico y como recurso de ayuda de bastante utilidad, la unidad de tumores ofrece a los pacientes, poder contactar con otros pacientes que han sufrido la enfermedad anteriormente previo consentimiento, y crear así una red de apoyo para resolución de dudas. También el hospital ofrece QR con enlaces a meditaciones y práctica de Mindfulness.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto para referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Lach, 2004)

En la consulta de prehabilitación y medicina perioperatoria se les pide a los pacientes que completen la escala de Calidad de Vida relacionado con la salud (Anexo III) que evalúa 5 dimensiones: Movilidad, Cuidado Personal, Actividades Cotidianas, Dolor/Malestar, Ansiedad/ Depresión como sería en la escala EuroQol-5D y la dimensión Salud en la EuroQol EVA, puntuando de 0 a 10 y explicando al paciente para facilitar la comprensión que imagine la escala como un termómetro donde la puntuación de 10 correspondería a la mejor salud que pueda imaginar y 0 a la peor. Conocido esto, el paciente deberá indicar en qué punto cree que se encuentra su salud a día de hoy.

CONCLUSIONES

- Los programas de prehabilitación tendrán mayor éxito siempre y cuando se haga una detección precoz del tumor.
- Al reducir el tiempo de estancia hospitalaria tras la cirugía se reducen costes, así como los mismos derivados de las complicaciones, que disminuyen, por lo que la prehabilitación es una medida eficiente.
- Aunque la prehabilitación sea el proceso llevado a cabo antes de la cirugía, fomenta conductas de buena tolerancia hacia la rehabilitación, generando cada vez a pacientes más independientes e involucrados en su autocuidado.
- La implementación de programas de prehabilitación multimodal requiere de esfuerzos organizativos. A pesar de ser programas atractivos, sigue existiendo una tasa de abandono considerable.
- La recuperación posoperatoria no es un proceso pasivo y comienza con la primera noticia del diagnóstico.
- De momento hay poco trabajo evaluado en programas de prehabilitación y poca literatura científica.
- Las unidades de prehabilitación es otro espacio donde el paciente oncológico puede ser escuchado y refuerza un entorno seguro durante el proceso.

ASPECTOS DE MEJORA

Se puede complementar la experiencia del paciente cumplimentando cuestionarios de calidad de recuperación posoperatoria QoR-1527, y encuestas estructuradas de satisfacción para reportar mayor conocimiento sobre las experiencias de los pacientes y poder así trabajar futuras líneas de mejora en cuanto a lo que el paciente percibe que no se le proporciona, o qué mejoras aportaría tanto de recursos como a nivel de profesionales.

Diseñar espacios para la prehabilitación dotados de material para el desarrollo de la actividad física es esencial. Se propone que en los mismos gimnasios del hospital los pacientes puedan acudir dos días a la semana antes de la cirugía para llevar un entrenamiento dirigido y así poder mejorar en la práctica. A la misma vez, dentro del plan de la misma intervención educativa, realizar talleres de alimentación saludable, enfocados sobre todo en la alimentación en procesos oncológicos. Dar a conocer la mejor manera de cocinar alimentos durante el proceso, o alimentos con mayor valor nutricional, que a la vez ayudarán a vencer la fatiga y cansancio.

Este espacio que podríamos denominar escuela de prehabilitación, impartiría talleres de mindfulness o musicoterapia entre otros.

Hoy en día también se hace complicado entender que ciertos hospitales no cuenten con unidades adaptadas para este tipo de paciente y con lo que se encuentran son con barreras arquitectónicas. A continuación, imagen de baño con suelo antideslizante adaptado.



Figura 4. Baño planta traumatología Hospital la Fe.

Se intenta visibilizar con este tipo de propuestas, que son varios factores lo que se debe de tener en cuenta para atender de manera integral al paciente que va a ser sometido de cirugía de sarcoma en nuestros centros, y que los esfuerzos por la readaptación de los espacios son necesario.

En el pasado encuentro en el Congreso de los diputados *“Retos y soluciones para los pacientes de Sarcoma en España”* organizado por la asociación Asarga, donde intervinieron profesionales sanitarios, asociaciones y pacientes, tras una mañana de testimonios y relatos de la actualidad sanitaria se pudieron recoger conclusiones como: La necesidad de que trabajen patólogos expertos en la detección, por ello la importancia de los CSUR. Los CSUR deben de estar dotados de los medios necesarios y ello requiere de inversión económica por parte de la administración, ya que muchos nuevos aparatos utilizados para pruebas o en quirófanos habían sido conseguido por donaciones de empresas. Se habló también del aumento de casos atendidos en los últimos años y en la

importancia de la derivación temprana, por lo que establecer un circuito donde desde el hospital de referencia del paciente se puedan ir haciendo algunas pruebas para adelantar y estar en contacto con el CSUR, así como insistir en la formación en atención primaria y de los signos y síntomas de alerta.

Los tumores musculoesqueléticos siguen siendo heterogéneos, transversales, pueden afectar a cualquier órgano y a veces llegar al diagnóstico de una manera directa es difícil, por lo que es también sumamente importante que el paciente pueda acceder al CSUR de una manera temprana y que no se le pongan dificultades.

También se destacó la importancia del médico investigador.

BIBLIOGRAFÍA

- Badia Llach, X. Que es y como se mide la calidad de vida relacionada con la salud. (2004) Gastroenterología y Hepatología. [Vol. 27. Núm. S3. 2-6 Marzo.](#)
- Briet F, Twomey C, Jeejeebhoy KN. Effect of malnutrition and short-term refeeding on peripheral blood mononuclear cell mitochondrial complex I activity in humans. (2003) Am J Clin Nutr ; 77:1304-11
- Deutz NE, Safar A, Schutzler S, et al. Muscle protein synthesis in cancer patients can be stimulated with specially formulated medical food. (2011) Clin Nutr; 30: 759-68
- Ince C. Personalized physiological medicine. (2017) Crit Care ; 21:308
- Gillis C, Fenton T, Sajobi T, Minnella E, Awasthi R, Loiselle SE, et al. Trimodal prehabilitation for colorectal surgery attenuates post-surgical losses in lean body mass: A pooled analysis of randomized controlled trials. (2019) Clin Nutr;38:1053–608.
- Gillis c, Davies SJ, Carli F, et al. Current landscape of nutritionn within prehabilitation oncology research: a scoping review (2021) Front Nutr; 8: 644723.
- Gillis C, Carli F. Promoting perioperative metabolic and nutritional care. (2015) Anesthesiology; 123: 1455-72
- Guillis C, Phillips SM. Protein for the pre-surgical cancer patient: a narrative review. (2021) Curr Antesthesiol Rep.
- Greif R, Akca O, Horn EP, Kurz A, Sessler DI. Supplemental perioperative oxygen to reduce the incidence of surgical-wound infection. (2000) New Engl J Med; 342:161-7
- Karimian N, Niculiseanu P, Amar-Zifkin A, Carli F, Feldman LS. Association of elevated pre-operative hemoglobin A1c and pos-operative complications in non-diabetic patients: a systematic review. (2018) World J Surg; 42: 61-72.
- Manou-Stathopoulou V, Korbonits M, Ackland GL. Redefining the perioperative stress response: a narrative review. (2019) Br J Anaesth 123: 570-83
- Mayoc Clinic 2025. [Sarcoma - Síntomas y causas - Mayo Clinic](#)
- R. D. Barr and M. C. G. Stevens, “The Influence of Nutrition on Clinical Outcomes in Children With Cancer,” Pediatric Blood & Cancer 67, no. Suppl 3 (2020): e28117-Sealy,L Smith M, Barrett, S, Bhaskaran D,Rees H, Revuelta, R. Nutrition Support Interventions for Children and Young People Treated for Osteosarcoma: A Scoping Review. Journal of Human Nutrition and Dietetics. (2025);38: **Volumen 6** <https://doi.org/10.1111/jhn.70172>
- R. R. Iniesta, I. Paciarotti, M. F. H. Brougham, J. M. McKenzie, and D. C. Wilson, “Effects of Pediatric Cancer and Its Treatment on Nutritional Status: A Systematic Review”. (2015) Nutrition Reviews 73, 5 : 276–295.
- Sealy, L, Smith M, Barrett S, Bhaskaran D, Rees H, Iniesta R. Nutrition Support Interventions for Children and Young People Treated for Osteosarcoma: A Scoping

Review. Journal of Human Nutrition and Dietetics. (2025) 38:e70172
<https://doi.org/10.1111/jhn.70172>

-Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. (2015) J Am Med Dir Assoc ;16:674-81

-Ubré, M, Montané Muntané M, Dieguez, I, Martínez-Palliz, G. Diez años prehabilitando: de la teoría a la práctica clínica. (2024) CIR ESP ; 102 (8) : 451458. www.elsevier.es/cirugia
<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2024.04.007>

ANEXO I

Enlaces de interés

- Asociación Española Contra el Cáncer
<https://www.contraelcancer.es/es>
- Fundación Mari Paz Jiménez Casado
<https://www.fundacionmaripazjimenez.org>
- Grupo Español de Investigación en Sarcomas
<http://grupogies.org/es>



La Fe
Hospital
Universitari
i Politècnic

Ubicación
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Avda. Fernando Abril Martorell 106
46026, València

Unidad de Sarcomas y Tumores Musculo-esqueléticos (CSUR)

Guía para pacientes y familiares



La Unidad de Sarcomas y Tumores Musculo-esqueléticos del Hospital La Fe está compuesta por un equipo multidisciplinar de profesionales de distintas especialidades que, desde el 2006, trabajan de forma conjunta con el objetivo de dar la mejor atención a cada paciente en su proceso de enfermedad.

Esta Unidad fue acreditada en el año 2018 como Centro, Servicio, Unidad de Referencia (CSUR) para el diagnóstico y tratamiento de sarcomas y tumores musculo-esqueléticos por el Ministerio de Sanidad.

La Fe es uno de los seis centros que existen en España con dicha acreditación.

Dispone de todos los equipos materiales y humanos para el abordaje de este tipo de enfermedades que, por su baja frecuencia y elevada complejidad, necesitan de un abordaje especializado y multidisciplinar.

El Comité de Tumores Musculo-esqueléticos se reúne semanalmente para tratar de manera conjunta todos los casos que llegan a la Unidad.

Los servicios que conforman la Unidad son:

- Anatomía Patológica
- Anestesia y Reanimación
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Cirugía Vascular

- Medicina Nuclear
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Radiología musculo-esquelética
- Radiología Intervencionista

En función de las necesidades de cada caso, también colaboramos con otros servicios como Cirugía General, Cirugía Torácica o Dermatología, entre otros.

Datos de localización y contacto

Durante su tratamiento, podrá ponerse en contacto con la Unidad a través de la enfermera gestora de casos en el teléfono 961 244 000 (extensión 411180).

- Teléfonos Consultas Externas Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT): 961244174 / 961244175
- Teléfono Secretaría COT: 961 245 808
- Correo electrónico: tumorescot.lafe@gva.es

Ubicaciones principales consultas externas

- Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT): 6ª planta, torre C
- Cirugía Plástica y Reconstructiva: 6ª planta torre B
- Cirugías Vascular: 4ª planta, torre B
- Oncología Médica: 7ª planta, torre B
- Oncología Radioterápica: planta baja, torre B

ANEXO II

Cumplimente, por favor, el siguiente cuestionario y entréguelo en la consulta cuando entre. Muchas gracias



Índice de la escala de actividad de DUKE (DASI) - Índice que mide la capacidad de los pacientes para realizar una serie de actividades que son comunes en la vida diaria

Cuestionario de 8 preguntas ordenadas jerárquicamente sobre la dificultad para realizar diferentes actividades físicas empezando por la menos agotadora. Las preguntas se refieren a la actividad física realizada DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

1. Caminar por dentro de casa, durante las últimas 2 semanas

- ☐ Lo hizo sin dificultad
- ☐ Lo hizo, pero con dificultad
- ☐ No lo hizo por problemas de salud (si no se realiza la actividad por motivos de salud, bajar a la pregunta 5)
- ☐ No lo hizo por cualquier otra razón.

2. Caminar una o dos manzanas en terreno llano (unos 200m), durante las últimas dos semanas

- ☐ Lo hizo sin dificultad
- ☐ Lo hizo, pero con dificultad
- ☐ No lo hizo por problemas de salud (si no se realiza la actividad por motivos de salud, bajar a la pregunta 5)
- ☐ No lo hizo por cualquier otra razón.

3. Subir de un rellano de la escalera al de arriba (unos 10 escalones) o caminar por una cuesta , durante las últimas 2 semanas

- ☐ Lo hizo sin dificultad
- ☐ Lo hizo, pero con dificultad
- ☐ No lo hizo por problemas de salud (si no se realiza la actividad por motivos de salud, bajar a la pregunta 5)
- ☐ No lo hizo por cualquier otra razón.

4. Correr una distancia corta,

- ☐ Lo hizo sin dificultad
- ☐ Lo hizo, pero con dificultad
- ☐ No lo hizo por problemas de salud
- ☐ No lo hizo por cualquier otra razón.

LaFe
Hospital
Universitari
i Politècnic

5. Hacer trabajos de la casa ligeros (como limpiar el polvo, fregar los platos) o jugar a cartas, durante las últimas 2 semanas.

☐ Lo hizo sin dificultad

☐ Lo hizo, pero con dificultad

☐ No lo hizo por problemas de salud (si no se realiza la actividad por motivos de salud, finalizar encuesta)

☐ No lo hizo por cualquier otra razón.

6. Hacer trabajos de la casa no muy pesados, como pasar el aspirador, barrer o hacer las camas, durante las últimas 2 semanas.

☐ Lo hizo sin dificultad

☐ Lo hizo, pero con dificultad

☐ No lo hizo por problemas de salud (si no se realiza la actividad por motivos de salud, finalizar encuesta)

☐ No lo hizo por cualquier otra razón.

7. Hacer trabajos de la casa pesados, como fregar los suelos o trasladar muebles, durante las últimas 2 semanas.

☐ Lo hizo sin dificultad

☐ Lo hizo, pero con dificultad

☐ No lo hizo por problemas de salud (si no se realiza la actividad por motivos de salud, finalizar encuesta)

☐ No lo hizo por cualquier otra razón.

8. Alguna de las siguientes actividades: hacer ejercicio o gimnasia intensos, jugar al tenis o nadar, pasar el rastrillo o la segadora por el jardín, durante las últimas 2 semanas.

☐ Lo hizo sin dificultad

☐ Lo hizo, pero con dificultad

☐ No lo hizo por problemas de salud

☐ No lo hizo por cualquier otra razón.

ANEXO III

LaFe
Hospital
Universitari
i Politècnic

Cumplimente, por favor, el siguiente cuestionario y entréguelo en la consulta cuando entre. Muchas gracias

EuroQol-SD - Calidad de Vida Relacionada con la Salud I

El objetivo de esta valoración es conocer la percepción de cada persona sobre su estado de salud, por tanto no hay respuestas correctas o incorrectas, interesa su percepción particular. El marco temporal de referencia para contextualizar el test es el mismo momento o día de la entrevista. Se recomienda que se recuerde a lo largo de la entrevista que las preguntas van orientadas a describir su salud el día de HOY. Responda a cada pregunta marcando en el recuadro el número de puntos. 1=ningún problema, 2=tiene algún problema o moderado, 3=tiene problemas extremos

MOVILIDAD

- ☐ No tiene problemas para caminar
- ☐ Tiene algunos problemas para caminar
- ☐ Tiene que estar en la cama

CUIDADO PERSONAL

- ☐ No tiene problemas con el cuidado personal
- ☐ Tiene algunos problemas para lavarse o vestirse
- ☐ Es incapaz de lavarse o vestirse

ACTIVIDADES COTIDIANAS

- ☐ No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas
- ☐ Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas
- ☐ Es incapaz de realizar las actividades cotidianas

DOLOR/MALESTAR

- ☐ No tiene dolor ni malestar
- ☐ Tiene dolor o malestar moderado
- ☐ Tiene dolor o malestar extremo

ANSIEDAD/DEPRESIÓN

- ☐ No está ansioso ni deprimido
- ☐ Está moderadamente ansioso o deprimido
- ☐ Está extremadamente ansioso o deprimido

LaFe
Hospital
Universitari
i Politècnic

Cumplimente, por favor, el siguiente cuestionario y entréguelo en la consulta cuando entre. Muchas gracias

EuroQol-EVA - Calidad de Vida Relacionada con la Salud II

Para facilitar la comprensión por parte del paciente se recomienda al paciente que imagine una escala parecida a un termómetro. La mejor salud que pueda imaginar se marca con un 10 en la parte superior de la escala, y la peor salud que pueda imaginar se marca con un 0 en la parte de abajo. El paciente debe indicar el punto de esta escala en el que situaría su salud en el día de HOY.

SALUD

- ☐ 10
- ☐ 9
- ☐ 8
- ☐ 7
- ☐ 6
- ☐ 5
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1
- ☐ 0

Departamento de Salud Valencia La Fe
Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Avda. Fernando Abril Martorell, 106 - 46026 Valencia
961244000 www.hospital-lafe.com



GENERALITAT
VALENCIANA

LaFe
Hospital
Universitari
i Politècnic

Valencia, a 03 de marzo de 2026

El Dr. D. **Francisco Baixauli García**, Director de Área Clínica del Aparato Locomotor y Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València,

CERTIFICA QUE:

Sara Jiménez Rivas ha estado rotando en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Unidad de Tumores, como observadora, con el interés de poder adquirir nuevos conocimientos para desarrollar su proyecto hacia la optimización del paciente oncológico que va ser sometido a cirugía. En estas dos semanas se ha establecido un clima agradable de enseñanza valorando las mejores opciones en la rotación dentro de este hospital, elegido por ser CSUR.

La rotación comprendió el periodo desde el 16 de noviembre al 28 de noviembre de 2025.

Desde nuestro Servicio apoyamos estas iniciativas de intercambio de profesionales que creemos que es enriquecedor en ambos sentidos.



Fdo.: Dr. Francisco Baixauli García
Director Área Clínica del Aparato Locomotor
Jefe de Servicio de COT

