



Vol. 20 - Nº2. Mayo 2018

enfermería oncológica

www.seeo.org

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

I Jornada de Formación en Enfermería Oncológica

Avanzando en el Cuidado Oncológico
Aprendiendo juntos

Programa Miércoles 16 mayo 2018

18.00 – 20.00 h
Recogida de documentación

Programa Jueves 17 mayo 2018

09.00 – 09.30 h
**Recepción de asistentes y
presentación
de las jornadas**

11.00 – 11.30 h
**Avances en oncología
radioterápica**

14.00 – 15.00 h
Comida de trabajo

09.30 – 10.30 h
Avances en diagnósticos

11.30 – 12.00 h
Pausa café

15.00 – 16.15 h
**Taller de cuidados
de la piel**

**Avances en tratamiento
de tumores sólidos**

12.00 – 13.00 h
Ensayos clínicos
Aspectos clave para profesionales
y pacientes

Taller de accesos venosos
Decidiendo el dispositivo adecuado
en el proceso de cáncer

10.30 – 11.00 h
**Avances en tratamientos
hematológicos**

13.00 – 14.00 h
Manejo de dolor

16.25 – 17.45 h
Taller de investigación

Taller
Herramientas de Mindfulness

17.15 – 19.00 h Asamblea general SEEO

Programa Viernes 18 mayo 2018

09.00 – 10.00 h
**Manejo y control de
síntomas y toxicidades**

12.00 – 13.00 h
**Mirando al futuro:
supervivientes en cáncer**

10.00 – 11.00 h
Nutrición en oncología

13.00 – 14.00 h
Mesa redonda
Especialización y práctica avanzada
¿son necesarias para el cuidado de
pacientes oncológicos?

11.00 – 11.30 h
Cuidando en el final de la vida
Herramientas para el
manejo en situaciones
difíciles

14.00 – 15.00 h
Comida pick & go

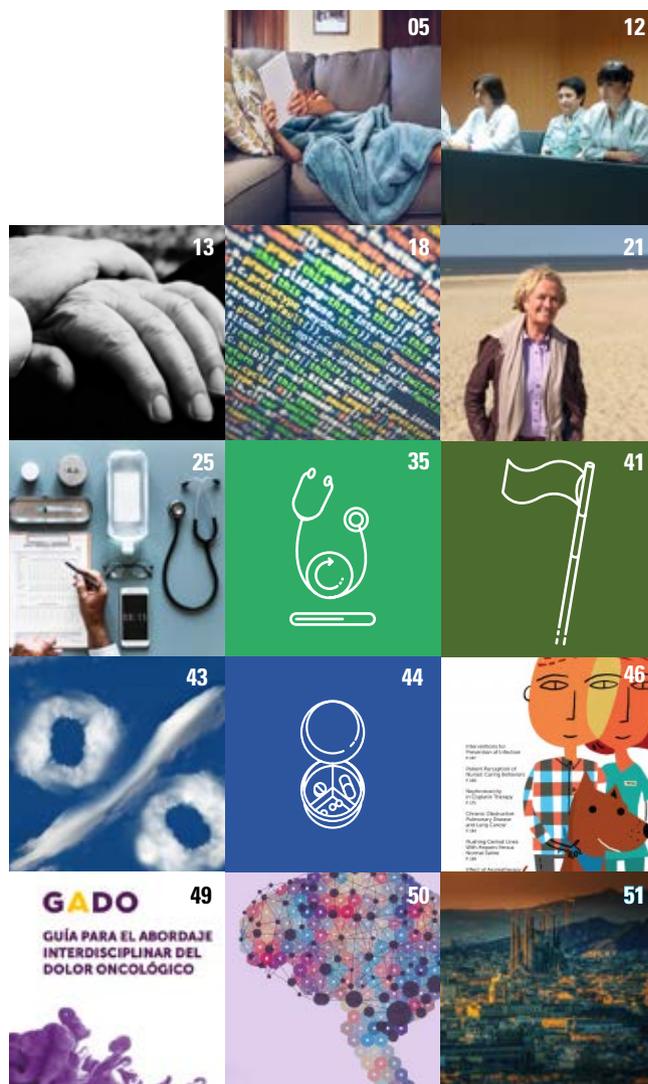
11.30 – 12.00 h
Pausa café



PROGRAMA DETALLADO

sumario

- 04 EDITORIAL
- 05 CÁNCER COLORECTAL Y SEDENTARISMO
- 12 NUESTRAS COMPAÑERAS DE...
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
- 13 ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE PALIATIVO ONCOLÓGICO Y NO-ONCOLÓGICO, ¿INEVITABLES? UN ESTUDIO RETROSPECTIVO
- 18 ¿SABÍAS QUE...?
- 21 ENTREVISTA A ANA CASAS
- 25 VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS SOBRE EL AFRONTAMIENTO ANTE EL CÁNCER: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
- 35 REVISIÓN DE: LA ASTENIA RELACIONADA CON EL CÁNCER: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
- 41 A LA VANGUARDIA: EXPERIENCIAS CON LA ESTRUCTURACION DE GRUPOS DE TRABAJO TRANSVERSAL DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA EN UNA INSTITUCIÓN INTERCENTROS
- 43 BREVES
- 44 PÍLDORAS COLECCIONABLES: CANDIDIASIS BUCAL
- 46 NOTICIAS DE EUROPA
- 49 NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS
- 50 AGENDA
- 51 RELATO: LEO



Edita: Sociedad Española de Enfermería Oncológica, SEEO. Apartado de Correos 21059. 28080 Madrid.
www.seeo.org/ info@seeo.org.

Director-editor jefe: Julio C. de la Torre Montero

Subdirectora: Nuria Doménech Climent

Comite editorial: Ana M^a Palacios Romero, Juan Manuel Gavala Arjona, Nieves Gil Gómez, M^a Dolores Fernández Pérez, Rosario Cumplido Corbacho, Rosario Moreno Carmona, Ana Ojer Perea.

Diseño y Maquetación: Nacho Quesada [www.nachoquesada.com].

Impresión: Gráficas Jupel [info@graficasyupel.com].

ISSN: 1576-5520. **Depósito Legal:** V-1194-2010.

Indexada en CIBERINDEX-CUIDEN, DIALNET.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación periódica, por cualquier medio o procedimiento, sin para ello contar con la autorización previa, expresa y por escrito del editor. Los artículos así como su contenido, y las opiniones expresadas en ellos, son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de SEEO.

Si no eres socio y deseas recibir nuestra revista de ENFERMERÍA ONCOLÓGICA, te informamos de NUESTRAS TARIFAS:

NÚMERO SUELTO: 22,00 € + gastos de envío · SUSCRIPCIÓN ANUAL (3 números): 73,00 € + gastos de envío.



EDITORIAL: EL CONOCIMIENTO ABIERTO

Julio C. de la Torre-Montero

Contacto: juliodelatorre@comillas.edu



El paradigma de la oncología está sufriendo un cambio profundo; no es ésta la primera aseveración sobre ello: se afirma en cada una de las reuniones científicas a las que podemos asistir, también las redes sociales y de información digital en Internet, como medio de comunicación en auge, se hacen eco de esta nueva situación. La Enfermería Oncológica, de la cual formamos parte un gran número de profesionales que nos acercamos al paciente en alguna de sus fases de enfermedad no es ajena a ese cambio.

Estas nuevas esperanzas se sustentan de manera fundamental en la personalización de las nuevas terapias, y las iniciativas que trabajan en medicina de precisión(1) , basadas en aplicación de dianas terapéuticas dirigidas al tumor cada vez mejor identificadas y marcadas. La Oncología ha abierto el camino a otras disciplinas, como la cardiología (2). Avanza asimismo la investigación sobre el metabolismo de esos tratamientos, trabajando de lleno en lo que el medicamento hace en la persona, determinando sus concentraciones, valorando la acción terapéutica, con la farmacocinética; y en cómo el individuo metaboliza ese medicamento y mide sus efectos, a través de la farmacodinamia. La farmacogenómica (3) se apoya en la aplicación de tratamientos cada vez más precisos, estudiando la respuesta genética del paciente a los fármacos. La irrupción de la inmunoterapia (4) abre puertas al tratamiento de tumores de pronóstico incierto, y el aumento de la supervivencia de otros muchos, lo cual ofrece esperanza a muchos pacientes, para los que, y en número creciente de casos, sienten que su enfermedad es controlable.

El mapeo genético de cada uno de los cánceres diagnosticados, con una precisión cada vez mayor, aplicado en plataformas de prognosis (que no de predicción) genéticas, y permiten evitar el tratamiento agresivo de varios grupos de tumores, cada vez más avanzado en tumores de mama y colon, y ofreciendo a nuestros pacientes, nuevas (y mejores) expectativas en un diagnóstico de novo.

Todo esto ocurre sin que perdamos de vista las diferentes realidades en cuanto a desigualdad de acceso a diversos tratamientos

entre comunidades autónomas en nuestro país. Hay que tener presente que uno de los motivos de la no aprobación de fármacos es el coste económico; por no olvidar tampoco, que en nuestro planeta hay hospitales, que conocemos en África central, hoy día, no cuentan más que con unas pocas dosis de ciclofosfamida oral, cuando las hay, para tratar algún caso de linfoma. El resto de diagnósticos no se tratan.

Por ello, no podemos acomodarnos viendo con complacencia los avances en los que la enfermería trabaja, y ha trabajado mucho, en investigación dentro de equipos multidisciplinares (5,6). Debemos, como parte de una Sociedad Científica, ser sujetos activos del desarrollo de intervenciones, incluida la implementación de terapias que favorezcan cada vez mejores resultados en cuanto a supervivencia global y, sobre todo, de aumento en los niveles de calidad de vida y bienestar.

Nuestra dedicación profesional desde la enfermería basada en la experiencia, en ocasiones de muchos años, ofrece calidad y es buena: cuando esa experiencia se apoya en el conocimiento y la evidencia, es, sencillamente, mejor. Las Sociedades Científicas no son indiferentes a los cambios y trabajan en la mejora del conocimiento y la formación, tanto de profesionales como de la población general, además de pacientes y familiares que han de enfrentarse a un diagnóstico de cáncer. Los miembros de estas se sienten partícipes de esas realidades, promoviendo la personalización en todos los cuidados al paciente y haciendo realidad, a la par del avance tecnológico, una mirada cada vez más humana, humanizada y con el matiz espiritual que nos caracteriza a cada uno de nosotros, desde diferentes prismas.

En todos esos cambios, son pilares fundamentales la comunicación, la educación y formación, en todas sus dimensiones académicas, para hacer posible esa transformación de paradigma desde el cuidado al paciente. Las revistas científicas, como ésta, también sustentan esa evolución, abriéndose camino en espacios digitales, manteniendo el soporte papel, y expandiendo conocimiento, debate y discusión científica, con el objetivo de mejorar nuestra atención al paciente y su familia.

REFERENCIAS

1. Jaffe S. Planning for US Precision Medicine Initiative underway. *Lancet*, The 2015;385(9986):2448-2449.
2. Taking personalized medicine to heart. *Nat Med* 2018;24:113.
3. Reference GH. What is the difference between precision medicine and personalized medicine? What about pharmacogenomics? Available at: <https://ghr.nlm.nih.gov/primer/precisionmedicine/precisionvspersonalized>. Accessed Apr 2, 2018.
4. (4) Bender E. Cancer immunotherapy. *Nature* 2017 Dec 21;552(7685):S61.
5. (5) McEvoy MD, Cannon L, MacDermott ML. The professional role for nurses in clinical trials. *Seminars in Oncology Nursing* 1991 November 1;7(4):268-274.
6. Ulrich, Connie M. et al. "Nurse Practitioners' Attitudes about Cancer Clinical Trials and Willingness to Recommend Research Participation." *Contemp Clin Trials* 33.1 2012: 76-84. PMC. Web. 2 Apr. 2018



ARTÍCULO

CÁNCER COLORECTAL Y SEDENTARISMO

Alicia Amor Loscertales¹, María Montserrat Barranco Obís², Raquel Delgado Rubio³
Ana Pilar Sánchez López⁴, Patricia Barranco Obís⁵

¹ Graduada en Enfermería. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

² Diplomada en Enfermería. Centro de salud Monzón Urbano (Huesca)

³ Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

⁴ Diplomada en Enfermería. Hospital General de la Defensa (Zaragoza)

⁵ Diplomada en Enfermería. Centro de salud Valdefierro (Zaragoza)

Contacto: Alicia Amor Loscertales / ali_amor_85@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Identificar cuáles son los factores de riesgo relacionados con el sedentarismo que pueden estar relacionados con un desarrollo de cáncer colorrectal (CCR), así como determinar las medidas de prevención de éste más adecuadas.

Método: Revisión narrativa. Bases de datos consultadas: PubMed, Embase y

Google Scholar. Se incluyeron los artículos publicados en español e inglés que planteaban testar la posible relación entre el CCR y el sedentarismo.

Resultados: Se identificaron 28 artículos con objetivos e hipótesis que planteaban testar la relación entre el CCR y el sedentarismo, de los cuáles se incluyeron 14.

Conclusiones: Los datos apoyan fuertemente un efecto beneficioso de la actividad física después del diagnóstico de CCR en la supervivencia global y específica del cáncer.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, sedentarismo, prevención.

ABSTRACT

Objective: Identify the risk factors related to sedentary lifestyle that may be related to the development of colorectal cancer (CRC), as well as determine the most appropriate prevention measures.

Method: Narrative review. Databases consulted: PubMed, Embase and Google

Scholar. We included articles published in Spanish and English that proposed to test the possible relationship between CRC and sedentary lifestyle.

Results: We identified 28 articles with objectives and hypotheses that proposed to test the relationship between CRC and se-

dentary lifestyle, of which 14 was included.

Conclusions: The data strongly support a beneficial effect of physical activity after diagnosis of CRC on overall cancer-specific survival.

Keywords: Colorectal cancer, sedentary lifestyle, prevention.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon y recto se sitúa en segundo lugar en el ranking de causas de muerte por tumores en España, tanto en varones como en mujeres (1), y es uno de los de mayor incidencia en todos los Registros de Cáncer españoles (2). Gran número de estudios han identificado diversos factores de riesgo y de protección de esta neoplasia. Los cambios en la exposición a estos factores disminuyen su incidencia y mortalidad. Entre estos factores está el consumo de tabaco (3), el consumo de alcohol (4,5), la ingesta de carnes rojas y procesadas (6), el déficit de ácido fólico y su interacción con el consumo de alcohol (7, 8), el sedentarismo (9), el sobrepeso (10) y la hiperglucemia (11), todas ellas exposiciones potencialmente modificables.

El sedentarismo favorece la aparición de problemas de salud en la población. La definición de sedentarismo está poco clara, lo mismo ocurre con la clasificación de sedentarismo (12). No solo se define como la ausencia de actividad física. Las conductas sedentarias son las que requieren muy poco gasto de energía. Incluyen conductas que comportan estar sentado

o recostado (pero no de pie) y se dan en ámbitos de trabajo, viajes y tiempo de ocio. El tiempo empleado en esas conductas se considera tiempo sedentario. En las conductas sedentarias frecuentes, como el tiempo empleado en ver la televisión (TV), estar sentado en la escuela o utilizar ordenadores, los valores de equivalentes metabólicos (MET) asociados son del orden de 1-1,5 MET. En cambio, andar a un ritmo moderado o rápido comporta un gasto de energía de alrededor de 3-5 MET; correr o practicar deportes enérgicos puede comportar un gasto de energía de 8 MET o más (13). La investigación sobre la actividad física y la salud se ha centrado especialmente en cuantificar el tiempo empleado en actividades que comportan estos niveles superiores de gasto energético (>3 MET), considerando que no participar en ellas es «sedentarismo» (14).

Las conductas sedentarias son cada vez más universales y motivadas por el entorno (15). A mediados del siglo pasado, debido a su contexto económico, social y físico, se instauró en el ser humano una conducta de permanecer mucho tiempo sentado

en sus actividades de la vida diaria. Estos cambios en los transportes personales, la comunicación, el lugar de trabajo y las tecnologías de ocio doméstico se han asociado a una reducción significativa de las demandas de gasto de energía humana, puesto que en todas estas actividades se requiere largo tiempo de permanencia en sedestación. Estos cambios ambientales y sociales han sido identificados como la causa del bajo nivel de actividad física que caracteriza la forma de vida habitual de las personas en los medios urbanos, suburbanos y rurales.

Un estilo de vida físicamente activo, mejora las sensaciones de bienestar general y la salud, por tanto, el sedentarismo es uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población general (16). Muchos estudios realizados en diversas poblaciones muestran que las personas más activas físicamente, especialmente las de por vida, tienen un menor riesgo de cáncer de colon, con una incidencia reducida de hasta el 50% (17).

OBJETIVO

Identificar cuáles son los factores de riesgo relacionados con el sedentarismo que pueden explicar un desarrollo de CCR, así como determinar las medidas de prevención de éste más adecuadas.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión narrativa. La base de datos consultada fue Pubmed. La búsqueda se realizó en octubre de 2017.

Las palabras clave consultadas para la búsqueda de datos en las bases de datos mencionadas fueron “ColorectalNeoplasms” AND “SedentaryLifestyle”. Para la selección de estos términos se usó el tesoro de MEDLINE (Mesh).

Se incluyeron todos los artículos publica-

dos en español e inglés que planteaban testar la posible relación entre el CCR y el sedentarismo. No se limitó la búsqueda temporalmente, ya que apenas hay publicaciones relacionadas con este tema. Se excluyeron de la selección inicial aquellos artículos que no estuviesen publicados en inglés ni español.

En los artículos finalmente incluidos para la revisión literaria se recogió información sobre distintos elementos: nombre de la

revista, año de publicación, país donde se ha realizado el estudio, tamaño de la muestra estudiada, diseño de los estudios, calidad del estudio (justificación adecuada de la selección de los sujetos, empleo de técnicas estadísticas para la identificación de factores de confusión y/o interacción, disponibilidad de datos tabulados o riesgos relativos u odds ratio, cálculo de intervalos de confianza) y principales conclusiones.

RESULTADOS

Se identificaron 28 estudios con objetivos o hipótesis que planteaban testar la posible relación entre el CCR y el sedentarismo. Tras su revisión, se excluyeron 14. Se incluyeron para la revisión narrativa 14 estudios, el más antiguo de 2012 y el más reciente de 2017.

De los 14 artículos, 3 de ellos se llevaron a cabo en China (18, 19 y 22), 7 en EEUU (20,21, 24, 25, 29, 30 y 31), 1 en Francia (28), 1 en Australia (26), 1 en Canadá y Australia Occidental (27) y 1 en Jordania (23).

Con respecto a los aspectos contemplados para analizar la calidad de los estudios, todos ellos justifican adecuadamente la selección de los sujetos, la mayoría ofrecen una definición explícita del CCR, y exponen con criterios concretos del tipo de pacientes a los que se les aplica. Además, todos los estudios ofrecen resultados derivados del cálculo de medidas de asociación. Los artículos leídos se dividieron en 3 grupos. El primer grupo valoraba el sedentarismo con factor de riesgo de padecer CCR. El segundo grupo valoraba el efecto positivo de realizar ejercicio físico, o lo que es lo mismo, abandonar los hábitos sedentarios o por lo menos disminuyéndolos tras el diagnóstico de CCR. Y el tercer grupo comparaba el sedentarismo antes del diagnóstico y después del diagnóstico para valorarlo como factor de riesgo antes del diagnóstico y el abandono del sedentarismo como efecto positivo para una mejor recuperación.

En el primer grupo un meta-análisis realizado por MaPeget al (18) con 28 estudios que involucran un total de 4.784.339 participantes con 46.071 casos incidentes dieron unos resultados donde se mostraron una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo prolongado de visión de la TV y el CCR (OR 1,17, IC del 95%: 1,09-1,24, $p < 0,001$). Además, prolongar el tiempo sentado se correlacionó con un riesgo significativamente mayor de CCR (OR 1,15, IC 95% 1,08-1,22, $p < 0,001$). También Cong Y.J. et al (19) realizaron un meta-análisis de estudios de cohortes y casos-control que evaluaban la asociación

entre el comportamiento sedentario y el cáncer de colon o recto. Concluyeron que el comportamiento sedentario se asocia con un mayor riesgo de cáncer de colon ($p=0,05$). Los análisis de subgrupos sugieren una asociación positiva entre el comportamiento sedentario y el riesgo de cáncer de recto en los estudios de cohortes. La reducción del comportamiento sedentario es potencialmente importante para la prevención del cáncer colorectal. Por otra parte, Keum N. et al (20) comparó dos estudios de cohortes prospectivos en curso en EEUU con 69.715 mujeres del Nurses HealthStudy (1992-2010) y 36.806 hombres del Health Professionals Follow-Up Study (1988-2010). En las mujeres, las personas altamente sedentarias y físicamente menos activas afirmaron que tenían aproximadamente un 41% de riesgo elevado de CCR (IC del 95%: 1,03-1,92) en comparación con las personas menos sedentarias y físicamente más activas. Concluyendo que el tiempo prolongado sentado viendo la TV se asociaba con un mayor riesgo de CCR en las mujeres, pero no en los hombres. Además, Cao y. et al (21), realizaron un estudio entre 1998 y 2008 con 31.065 hombres, de los cuales 4.280 fueron diagnosticados de CCR. Los que veían más tiempo la TV (más de 14 horas/semana), de mayor edad, no trabajaban, con IMC alto, diabetes y múltiples variables más a estudio, se asoció un aumento del riesgo de CCR del 11% (OR: 1,11; IC del 95%: 1,04-1,18). Las variables estudiadas no afectaban demasiado al CCR excepto estar sentado viendo la TV. Las actividades de ocio tienen mínima interacción con ver la TV. De igual manera, TingYu et al (22) determinaron que existe asociación entre el sedentarismo y el riesgo de CCR. Observaron un aumento estadísticamente significativo en el riesgo de CCR al ver la TV y al estar sentado en el trabajo tanto en hombres como en mujeres ($p < 0,05$). El tiempo diario sedentario de la mayoría de los pacientes con CCR fue de más de 4 h/día, mientras que el tiempo sedentario de la mayoría de los sujetos sanos fue de menos de 3 h/día. Al mismo tiempo Tayyem R.F. et al (23) mediante un estudio de casos y controles el objetivo de investigar la asociación

entre los niveles de actividad física, la ingesta de agua, el estreñimiento y el CCR. Se incluyeron 232 casos y 271 controles. La actividad física mínima tenía un 43% de protección contra el CCR. La mejora de la actividad física OR fue de 0,58 con un IC del 95%: 0,37-0,92. Se encontró una asociación significativa negativa entre CCR y niveles de actividad física expresados como MET y MET horas/semana ($p=0,017$ y 0,03; respectivamente). Entre las mujeres, se observó una tendencia significativa de reducción en la CCR en un 62% con el aumento del nivel de actividad física expresado en MET ($p=0,04$). Así mismo, Molmeti et al (24) empleó el modelo de regresión logística para estimar el efecto del comportamiento sedentario, la actividad física de intensidad leve y moderada en la recurrencia del CCR. Se incluyeron 1.730 participantes que completaron un cuestionario de los cuales el 68% eran hombres. Las características basales se compararon a través de cuartiles. No se encontraron tendencias estadísticamente significativas para ningún tipo de actividad y probabilidad de recurrencia de CCR. Los hombres con mayor tiempo de sedentarismo experimentaron un 47% más de probabilidad de CCR en comparación con el cuartil de los menos sedentarios (OR: 1,47; IC del 95%: 1,03-2,11) en comparación con el cuartil inferior ($p=0,03$). No se observó asociación estadísticamente significativa entre el comportamiento sedentario y la recurrencia del adenoma entre las mujeres para la interacción sexual no fue estadísticamente significativa ($p=0,22$).

En el segundo grupo Van Blarigan et al (25) realizaron un meta-análisis con 7.522 sobrevivientes de CCR y 102 pacientes con CCR en diversas etapas de la enfermedad, donde estimó que aumentar la actividad física después del diagnóstico de CCR se asociaba con un riesgo de mortalidad 38% menor. Afirmó que no se han completado ensayos controlados aleatorios para confirmar que la actividad física disminuye el riesgo de mortalidad entre los sobrevivientes de CCR; sin embargo, los ensayos han demostrado que la actividad física, incluido el ejercicio estructurado, es segura para

los sobrevivientes de CCR (localizados en el estadio metastásico, durante y después del tratamiento) y mejora la capacidad física y la capacidad cardiorrespiratoria. A su vez, Lynch B.M. et al (26) realizaron una intervención vía telefónica a 410 pacientes supervivientes de CCR elegidos al azar, incluidos en el Registro de cáncer de Queensland, con objeto de cambiar múltiples comportamientos en salud, incluido el comportamiento sedentario. A los 12 meses, se observó una disminución significativa en las horas por día de tiempo sedentario tanto en el entrenamiento de salud como en los grupos de atención habitual, pero la diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa ($p=0,07$). Se encontró que la intervención de cambio de conducta múltiple tenía un efecto significativo sobre el tiempo sedentario total (horas/día) a los 12 meses en sobrevivientes de CCR que tenían más de 60 años ($p=0,05$), hombres ($p=0,02$) y no obesos ($p=0,01$). Vallance J.K. et al (27) a través de una encuesta vía correo determinaron que la actividad física moderada se asocia significativamente con la calidad de vida relacionada con la salud, la función física y el bienestar, y los síntomas del CCR en los pacientes supervivientes de éste. No existe asociación para el tiempo de sedentarismo ($p>0,05$).

Por otro lado, en el tercer grupo de artículos encontramos que Fassier P. et al (28) en su estudio NutriNet- Santé con 942

casos de cáncer (64 CCR) determinó que tanto la actividad física global ($p=0,006$, IC del 95%: -32,8-36,8 MET-hora/semana) como la vigorosa ($p=0,005$; IC del 95%: -21,1-36,8 MET-hora/semana) disminuyeron después del diagnóstico de cáncer. Aumentó el tiempo sentado ($p=0,02$; IC del 95%: 2,44- 2,43 hora/día). Los pacientes menos sedentarios antes del diagnóstico tenían más probabilidades de aumentar su tiempo sentado (OR: 3,29; IC del 95%: 2,45-4,42; $p<0,0001$). Igualmente Cao Y. et al (29) examinaron a 926 pacientes prediagnóstico y 714 pacientes postdiagnóstico en su estudio Health Professionals Follow-up Study. Determinaron que la visualización prolongada de TV antes del diagnóstico se asoció con una peor supervivencia del CCR ($r: -0,08$, $p=0,01$) y la visualización de TV posterior al diagnóstico se asoció con un aumento no significativo del riesgo de mortalidad por CCR ($r: -0,005$, $p=0,88$). En el artículo de Hannah Arem et al (30) compararon los sobrevivientes de CCR que realizaban más de 7 horas de actividad física en el grupo de pre y postdiagnóstico, con aquellos que no realizaban actividad física, encontrando en el prediagnóstico un riesgo de cualquier causa menor del 20% (OR: 0,80; IC del 95%: 0,68-0,95; $p=0,02$) y en grupo postdiagnóstico hubo una asociación menor de un 31% de riesgo de mortalidad por cualquier causa (OR: 0,69; IC del 95%: 0,49-0,98; $p=0,01$). Además, hallaron una disminución no significativa de un 47% en

el riesgo de mortalidad de CCR (OR: 0,53; IC del 95%: 0,27-1,03; $p=0,04$). En el grupo de post diagnóstico aquellos que veían TV más de 4 horas/al día comparado con los que veían de 0-2 horas/día, mostraron que no había un incremento significativo de mortalidad por cualquier causa (OR: 1,25; IC del 95%: 0,93-1,67; $p=0,13$). Finalmente, Kuiper J.G. et al (31), realizaron un estudio con mujeres diagnosticadas de CCR, inscritas en el Women's Health Initiative. Entre ellas, 265 (13%) murieron durante el seguimiento del estudio de 11,9 años; de las cuales 171 (65%) a causa del CCR. Las mujeres que no realizaron actividad física prediagnóstico, en comparación con las que informaron niveles de actividad ≥ 18 MET-horas/semana tuvieron una mortalidad específica de CCR significativamente menor (OR: 0,68; IC del 95%: 0,41-1,13) y mortalidad por todas las causas (OR: 0,63, IC 95%: 0,42-0,96). Se observaron asociaciones inversas similares para la actividad física post- diagnóstico. Entre las mujeres que informaron un nivel de actividad física de 9-17,9 MET-hora / semana hubo una leve disminución, aunque no significativa, en la mortalidad específica por CCR (OR = 0,74; IC del 95%: 0,46 a 1,20) y por todas las causas mortalidad (OR = 0,77; IC del 95%: 0,52-1,12). La actividad física recreativa, antes y después del diagnóstico del CCR, se asocia con una menor mortalidad específica y mortalidad por todas las causas en mujeres con CCR.

DISCUSIÓN

Un estilo de vida sedentario, que durante mucho tiempo se creyó que contribuía a enfermedades crónicas como la enfermedad cardíaca, puede aumentar el riesgo de CCR. Las personas físicamente activas tienen un menor riesgo de desarrollar CCR. Actividad física recreativa después del diagnóstico de las etapas I a III puede reducir el riesgo de mortalidad específica y relacionada con CCR (32).

Científicos de Arizona descubrieron que

los hombres que pasan, la mayor parte del tiempo, sedentarios (más de 11,38 horas/día sentados frente al ordenador o leyendo) tienen mayor riesgo de recurrencia de adenomas colorrectales, que son precursores benignos del CCR. No encontraron correlación entre el tipo de actividad y la recurrencia del adenoma. Tampoco se encontró ningún vínculo entre el tiempo sedentario y la recurrencia de adenoma en las mujeres (33).

Niveles bajos de actividad física se han relacionado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de colon, mama y pulmón (34). La actividad física, tanto laboral como de ocio, se manifiesta como factor protector del cáncer colorectal; sin embargo, esta asociación se encuentra sometida a factores de confusión como es el sedentarismo y la dieta, el consumo de grasas, la masa corporal y otros factores de estilos de vida asociados a la propia actividad física, como el bajo consumo de tabaco y alcohol (35).

CONCLUSIONES

Independientemente de la actividad física durante el tiempo libre, el sedentarismo se asoció como un factor de riesgo de padecer CCR.

Varios estudios han sugerido constantemente que la actividad física después del diagnóstico de CCR reduce el riesgo de mortalidad. El comportamiento sedentario parece ser un factor modificable que

contribuye de forma independiente a la morbilidad y la mortalidad entre los sobrevivientes de CCR.

Los datos apoyan fuertemente un efecto beneficioso de la actividad física después del diagnóstico de CCR en la supervivencia global y específica del cáncer.

Una buena educación sanitaria y promoción de la salud disminuiría con éxito la

conducta sedentaria, además de aumentar la actividad física. Esto es un paso importante para tener mejores resultados de salud e impactar positivamente en la longevidad. El personal sanitario debe promover la reducción del tiempo de ver TV y el aumento de la actividad física para la aumentar los años de vida entre los sobrevivientes de CCR.

Tabla 1. Cáncer colorrectal y sedentarismo

Autores	Año de publicación	Sujetos (n) y origen	Diseño del estudio	Métodos	Resultados-Conclusiones
Ma Peng et al (18)	2017	28 estudios que involucran un total de 47.84.339 participantes con 46.071 casos (China)	Metaanálisis	Búsquedas en PubMed y EMBASE de estudios publicados hasta febrero de 2017, con palabras clave "cáncer colorrectal" Y "televisión" o "TV" o "sedentario" o "sentado" o "tiempo en pantalla" o "tiempo ocupacional". Usándose solo ensayos originales relevantes	Asociación estadísticamente significativa entre el tiempo prolongado de visión de la TV y el CCR (OR: 1,17, IC del 95%: 1,09-1,24, p<0,001). Además, prolongar el tiempo sentado se correlacionó con un riesgo significativamente mayor de CCR (OR: 1,15, IC del 95%: 1,08-1,22, p <.001).
Cong YJ et al (19)	2013	4.324.462 pacientes con CCR (China)	Metaanálisis de est. observacionales	Búsquedas en las bases de datos de PubMed, Embase y Google Scholar para identificar los estudios de cohortes y de casos y controles que evaluaron la asociación entre el comportamiento sedentario y el cáncer de colon o de recto.	El comportamiento sedentario se asoció significativamente con el cáncer de colon (p=0,05) pero no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el cáncer de recto (p=0,068).
Keum N et al (20)	2016	69.715 mujeres del Nurses Health Study y 36.806 hombres del Health Professionals Follow-Up Study (EEUU)	Cohortes prospectivos	Cuestionarios	En las mujeres, las personas altamente sedentarias y físicamente menos activas tenían un 41% de riesgo elevado de CCR (IC del 95%: 1,03-1,92). Concluyendo que el tiempo prolongado sentado viendo la televisión se asociaba con un mayor riesgo de CCR en las mujeres, pero no en los hombres.
Cao Y et al (21)	2015	E.E.U.U	Cohortes	Cuestionarios cada 2 años.	Ver sesiones prolongadas de TV está asociado a CCR.
Ting Yu et al (22)	2014	228 pacientes con CCR. 80 sujetos sanos (China)	Casos-control	Entrevista con respecto al tiempo sedentario (categorías de tiempo sentado: menos de 1, 1-3, 4-6 y más de 6 horas/día)	En los pacientes en estadio III y IV, las mayores proporciones fueron más sedentarias y pesadas (p<0,01). El tiempo sedentario diario es de más de 6 horas/día en la mayoría de los pacientes con CCR en estadio IV.
Tayyem RF et al (23)	2013	Jordania	Casos-control	Cuestionarios personales y cuestionarios de actividad física.	La actividad física mínima tenía un 43% de protección contra el CCR. La mejora de la actividad física OR fue de 0,58 (IC del 95%: 0,37-0,92). Se encontró una asociación negativa significativa entre CRC y niveles de actividad física expresados como MET y MET horas/semana (p=0,017 y 0,03, respectivamente). Entre las mujeres, se observó una tendencia significativa de reducción en la CCR en un 62% con el aumento el nivel de actividad física expresado en MET (p=0,04).

Autores	Año de publicación	Sujetos (n) y origen	Diseño del estudio	Métodos	Resultados-Conclusiones
Molmenti CL et al (24)	2014	EE.UU	Ensayo clínico fase III	Cuestionarios.	Hábitos sedentarios están relacionados con una recurrencia del CCR.
Van Blarigan et al (25)	2015	7.522 sobrevivientes de CCR y 102 pacientes con cáncer de colon en diversas etapas de la enfermedad (EEUU)	Metaanálisis de 6 estudios de cohorte prospectivos y 6 ensayos controlados aleatorios	Búsqueda de estudios que asociaran la actividad física y la dieta después del diagnóstico de cáncer colorrectal y la calidad de vida, la progresión de la enfermedad y la supervivencia.	La actividad física después del diagnóstico de CCR se asociaba con un riesgo de mortalidad 38% menor.
Lynch B.M. et al (26)	2014	410 supervivientes de CCR (Australia)	Ensayo controlado aleatorizado	Intervención de cambio en la salud múltiple, vía telefónica	La incorporación de mensajes simples sobre la limitación de conductas sedentarias en una intervención de cambio de comportamiento de salud múltiple tiene efectos modestos sobre el comportamiento sedentario en hombres ($p=0,02$) mayores de 60 años ($p=0,05$) y no obesos ($p=0,01$)
Vallance JK et al (27)	2014	178 supervivientes de cáncer de colon (Canadá y Australia Occidental)	Transversal	Encuesta vía correo que midió la función física, bienestar y evaluación funcional de la terapia del CCR.	No existe asociación para el tiempo de sedentarismo ($p>0,05$).
Fassier P et al (28)	2016	942 casos de cáncer (64 CCR) (Francia)	Cohortes (The study NutriNet-Santé)	A través de una web creada para evaluar los determinantes del comportamiento alimentario y las relaciones entre la nutrición y el riesgo de enfermedad crónica	La actividad física global ($p=0,006$; IC del 95%: 32,8-36,8 MET-hora/semana) como la actividad física vigorosa ($p=0,005$; IC del 95%: -21,1-36,8 MET-hora/semana) disminuyeron después del diagnóstico de cáncer. Aumentó el tiempo sentado ($p=0,02$; IC del 95%: 2,44-2,43 hora/día). Los pacientes menos sedentarios antes del diagnóstico tenían más probabilidades de aumentar su tiempo sentado (OR: 3,29; IC del 95%: 2,45-4,42; $p<0,0001$).
Cao Y et al (29)	2015	926 pacientes (prediagnóstico) y 714 pacientes (postdiagnóstico) (EEUU)	Cohortes (Health Professionals Follow-up Study)	Envío de cuestionarios cada 2 años desde el inicio para recopilar datos demográficos, factores de estilo de vida, historial médico y resultados de enfermedades	La visualización prolongada de TV antes del diagnóstico se asoció con una peor supervivencia del CCR ($r: -0,08$, $p=0,01$) y la visualización de televisión posterior al diagnóstico se asoció con un aumento no significativo del riesgo de mortalidad por CCR ($r: -0,005$, $p=0,88$).
Hannah Arem et al (30)	2014	EE.UU	Cohortes	Cuestionarios desde 1996 a 1997	Realizar actividad física y disminución de ver TV en el tiempo libre está asociado con una disminución del CCR en el prediagnóstico y menor riesgo de mortalidad en el postdiagnóstico. En el grupo postdiagnóstico no había incremento de mortalidad comparando las 0-2 horas de TV con 5 horas de TV.
Kuiper JG et al (31)	2012	EE.UU	Cohortes Prospectivo	Cuestionarios auto administrados sobre actividad física y el personal certificado recolectó medidas antropométricas	Sugieren que la actividad física antes y después del diagnóstico de CCR puede mejorar la supervivencia, pero no hay asociación entre el IMC y la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 27 Octubre 2017]. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/cancer/home.htm>
2. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer incidence in five continents. Vols. I-VIII. Lyon: IARC Cancer Base N.º 7; 2005. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>
3. Giovannucci E. An updated review of the epidemiological evidence that cigarette smoking increases risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prevention*. 2001;10:725-31.
4. Longnecker MP, Orza MJ, Adams ME, Vioque J, Chalmers TC. A metaanalysis of alcoholic beverage consumption in relation to risk of colorectal cancer. *Cancer Causes Control*. 1990;1:59-68.
5. Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J, Van den Brandt PA, Golditz GA, Folsom AR, et al. Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Medicine*. 2004;140:603-13.
6. Norat T, Lukanova A, Ferrari P, Riboli E. Meat consumption and colorectal cancer risk: dose-response meta-analysis of epidemiological studies. *International Journal of Cancer*. 2002;98:241-56.
7. Giovannucci EL. Epidemiologic studies of folate and colorectal neoplasia: a review. *Journal of Nutrition*. 2002;132 Suppl:2350-5.
8. McCullough ML, Giovannucci EL. Diet and cancer prevention. *Oncogene*. 2004;23:6349-64.
9. Samad AKA, Taylor RS, Marshall T, Chapman MAS. A meta-analysis of the association of physical activity with reduced risk of colorectal cancer. *Colorectal Disease*. 2005;7:204-13.
10. Pischon T, Lahmann PH, Boeing H. Body size and risk of colon and rectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Journal of the National Cancer Institute*. 2006; 98:920-31.
11. Cooney KA, Gruber SB. Hyperglycemia, obesity, and cancer risks on the horizon. *Journal of the American Medical Association*. 2005;293:235-6.
12. Reigal Garrido R, Videra García A, Parra Flores JL, Juárez Ruiz de Mier, Rocío. Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación* 2012(22).
13. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2000;32 Suppl:S498-504.
14. Pate RR, O'Neill JR, Lobelo F. The evolving definition of "sedentary". *Exercise and Sport Sciences Reviews*. 2008;36:173-8.
15. Owen N, Leslie E, Salmon J, Fotheringham MJ. Environmental determinants of physical activity and sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*. 2000;28:153-8.
16. Oliveira MSd, Vieira FdS, Lopes VS, Figueiredo Lld, Mota FA, Sonobe HM. Association of diet with colorectal cancer: literature integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line* 2010;4(3):1222-1229.
17. Díaz-Perera G, Concepción Quero F, Quintana Setién C, Alemañy Pérez E. Factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en pacientes diabéticos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2010;9(3):313-320.
18. Ma P, Yao Y, Sun W, Dai S, Zhou C. Daily sedentary time and its association with risk for colorectal cancer in adults: A dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Medicine (Baltimore)* 2017 Jun;96(22):e7049.
19. Cong YJ, Gan Y, Sun HL, Deng J, Cao SY, Xu X, et al. Association of sedentary behaviour with colon and rectal cancer: a meta-analysis of observational studies. *10.1038/bjc.2013.709* *British Journal of Cancer*. 2014;110(3):817-826.
20. Keum N, Cao Y, Oh H, Smith-Warner SA, Orav J, Wu K, et al. Sedentary behaviors and light-intensity activities in relation to colorectal cancer risk. *International journal of cancer* 2016;138(9):2109-2117.
21. Cao Y, Keum N, Chan A, Fuchs C, Wu K, Giovannucci E. Television watching and risk of colorectal adenoma. *British Journal of Cancer* 2015;112(5):934-942.
22. Yu T, Lu Q, Ou X, Cao D, Yu Q. Association of Sedentary Behavior with the Expression Levels of Biomarkers in Colorectal Cancer: Clinical Analysis of 228 Patients. *Tohoku J Exp Med* 2014;232(3):167- 176.
23. Tayyem RF, Shehadeh IN, Abumweis SS, Bawadi HA, Hammad SS, Bani-Hani KE, Al-Jaber TM, Alnusair MM. Physical inactivity, water intake and constipation as risk factors for colorectal cancer among adults in Jordan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2013 (14): 5207-5212.
24. Molmenti CLS, Hibler EA, Ashbeck EL, Thomson CA, Garcia DO, Roe D, et al. Sedentary behavior is associated with colorectal adenoma recurrence in men. *Cancer Causes & Control* 2014;25(10):1387- 1395.
25. Van Blarigan EL, Meyerhardt JA. Role of physical activity and diet after colorectal cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology* 2015;33(16):1825-1834.
26. Lynch BM, Courneya KS, Sethi P, Patrao TA, Hawkes AL. A randomized controlled trial of a multiple health behavior change intervention delivered to colorectal cancer survivors: effects on sedentary behavior. *Cancer* 2014;120(17):2665-2672.
27. Vallance JK, Boyle T, Courneya KS, Lynch BM. Associations of objectively assessed physical activity and sedentary time with health-related quality of life among colon cancer survivors. *Cancer* 2014;120(18):2919-2926.
28. Fassier P, Zelek L, Partula V, Srour B, Bachmann P, Touillaud M, et al. Variations of physical activity and sedentary behavior between before and after cancer diagnosis: Results from the prospective population-based NutriNet-Sante cohort. *Medicine (Baltimore)* 2016 Oct;95(40):e4629.
29. Cao Y, Meyerhardt JA, Chan AT, Wu K, Fuchs CS, Giovannucci EL. Television watching and colorectal cancer survival in men. *Cancer Causes & Control* 2015;26(10):1467-1476.
30. Arem H, Pfeiffer RM, Engels EA, Alfano CM, Hollenbeck A, Park Y, et al. Pre-and postdiagnosis physical activity, television viewing, and mortality among patients with colorectal cancer in the National Institutes of Health-AARP diet and health study. *Journal of Clinical Oncology* 2014;33(2):180-188.
31. Kuiper JG, Phipps AI, Neuhauser ML, Chlebowski RT, Thomson CA, Irwin ML, et al. Recreational physical activity, body mass index, and survival in women with colorectal cancer. *Cancer Causes & Control* 2012;23(12):1939-1948.
32. Meyerhardt, J.A., Giovannucci, E.L., Holmes, M.D., Chan, A.T., Chan, J.A., Colditz, G.A. & Fuchs, C.S. Physical activity and survival after colorectal cancer diagnosis. *J. Clin. Oncol.* 2016; 24: 3527-3534.
33. Printz, C. Highlights from the AACR International Conference. *Cancer* 2014; 120: 617.
34. Cenarruzabeitia JJV, Hernández JAM, Martínez-González MÁ. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina clínica* 2003;121(17):665-672
35. Epidemiología poblacional de cáncer colorrectal: revisión de la causalidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra: SciELO España*; 2003.



NUESTROS COMPAÑEROS DE...

Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios. Pamplona

Juan Luis Ribes



Lucía Álvarez (RHB), Elena Rodríguez (Enfermería-Atención domiciliaria), Gema Escalada (Trabajo Social), Dr. Marcos Lama (médico), Pilar Huarte (Voluntariado), Maribel Pérez (Auxiliar de enfermería), Miren Martínez (Enfermería- Responsable de la Unidad) y Juan Pedro Arbizu (Psicología Clínica).

Cerca de 50 profesionales de 8 áreas distintas: medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, rehabilitación, trabajo social, psicología, atención espiritual y voluntariado, trabajan “en conexión” y atienden una media de 1.300 pacientes anuales, enfermos oncológicos o no oncológicos que, mayoritariamente, están viviendo el tramo final de la vida. “Nuestra especialidad nos brinda el privilegio de estar presentes en unos momentos decisivos en la historia de las personas, trabajando porque la vida sea Vida hasta la muerte. Y esto para nosotros, es un honor “. Las palabras del Dr. Claudio Calvo, responsable de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios

Esta atención se ofrece para toda Navarra en el propio hospital o bien, en el domicilio del paciente (cuatro equipos ESAD “cubren” toda la Comunidad), contando con un servicio específico de rehabilitación y dos equipos de atención psicológica y social. La Unidad se caracteriza por su vocación docente: es habitual la presencia de residentes MIR, PIR, de estudiantes de cualquier rama vinculada a su actividad y ejerce su trabajo de un modo integral sobre el enfermo y su entorno, contando con un programa específico para la atención al Duelo y otras herramientas como la musicoterapia o la terapia ocupacional (Programa “ARIMA”) www.hsjdpamplona.com/es/colabora/programa-arima;

Otro rasgo de la Unidad es su compromiso con la sensibilización social y, muy especialmente, con la educación. Integrantes del equipo sostienen un programa educativo Proyecto Sé+, www.hsjdpamplona.com/es/colabora/proyecto-se, que “entra” en las aulas de Navarra (infantil, primaria y secundaria), para plantear a los alumnos una reflexión sobre el final de la vida y la necesidad de apoyo a las personas.

Los profesionales

Una Unidad de Cuidados Paliativos, exige ciertos recursos imprescindibles, como el abordaje coordinado de su actividad: “la experiencia nos aconseja responder de manera visión multi e interdisciplinar, siendo conscientes de que es necesaria la aportación de los diferentes profesionales del equipo”, afirma el Dr. Marcos Lama. La formación y el mutuo apoyo entre los profesionales, resulta básico: “la formación de los profesionales que atienden el final de la vida es esencial. Debemos prepararnos para poder atender a las personas en un espacio vital tan definitivo”, matiza Miren Martínez, responsable de enfermería, que apunta: “también es esencial el apoyo entre nosotros”. El papel de la RHB, según Lucía Álvarez, busca el objetivo de lograr “más que una recuperación entendida como curación, la adaptación al medio, su máxima autonomía y su calidad de vida; nuestro fin es orientar al paciente y a su familia”. Juan Pedro Arbizu, psicólogo clínico, también abarca con su equipo, al paciente y a su entorno: “atendemos al paciente y también a quien le acompaña. Asistimos en duelo, sabiendo que en nuestra intervención es esencial el respeto con pacientes que están en su final de vida”. Existe también una unidad de voluntariado donde se acompaña al paciente que esta solo o con baja cobertura socio-familiar”

La atención a un enfermo y más si cabe en esta fase de la vida, debe estar impregnada de “compasión”, un concepto que exige ponerse en el lugar y querer asumir la implicación con la persona a la que atiendes. Un concepto que puede ser “entrenado”, enseñado, para hacer de cada atención un hecho único.



ARTÍCULO

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE PALIATIVO ONCOLÓGICO Y NO-ONCOLÓGICO, ¿INEVITABLES? UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Antonio Ramos Sánchez¹; M^a del Carmen Águila Pollo², Margarita Vázquez Aguilera², David Fernández Ayuso¹, Juan M. Arribas Marín¹, Ana Sofía Fernandes Ribeiro^{1,2*}

¹ Escuela de Enfermería y Fisioterapia de San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

² Departamento de Enfermería. Fundación Instituto San José – Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios. Madrid.

Contacto: asfribeiro@gmail.com

RESUMEN

Objetivos: Aunque en su mayoría son evitables, existen úlceras por presión que no lo son. En pacientes críticamente enfermos, como los pacientes paliativos, la aparición de estas úlceras por presión inevitables se asocia al progresivo deterioro de la piel y tejido subcutáneo provocados por la hipoperfusión asociada al proceso de morir. Ante la escasa evidencia que aún hay sobre este tipo de lesiones en el ámbito de los cuidados paliativos, se plantea el siguiente objetivo principal: Determinar la prevalencia e incidencia de úlceras por presión en una unidad de cuidados paliativos, así como el momento de aparición de éstas.

Material y métodos: estudio observacional descriptivo, transversal de carácter retrospectivo en una muestra consecutiva de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos durante tres años.

Resultados: Se atendieron 1.601 pacientes con una edad y una estancia de hospitalización media de 74,39±13,34 años y 22,40±28,33 días. La prevalencia periodo de úlceras por presión fue del 32,60% y la incidencia acumulada del 2,62%. El 36,36% de las úlceras se desarrollaron en la semana previa al fallecimiento de los pacientes incluidos en el estudio.

Conclusión: El diagnóstico diferencial entre UPP evitables e inevitables es clave

para poder establecer unos objetivos de cuidados realistas y no alimentar falsas esperanzas de curación. Por otro lado, dada la alta prevalencia de UPP, se hace necesario que su prevención y tratamiento se incorporen como objetivos principales en la atención a los pacientes que se encuentran en el proceso de morir.

Palabras clave: Úlcera por presión; cuidados paliativos; prevalencia; úlceras terminales de Kennedy.

ABSTRACT

Aim: Although they are mostly avoidable, there are pressure ulcers that are not. In critically ill patients, such as palliative patients, the appearance of these unavoidable UPPs is associated with the progressive deterioration of the skin and subcutaneous tissue caused by hypoperfusion associated with the dying process. Given the scant evidence that there is still on this type of injury in the field of palliative care, the following main objective is stated: To determine the prevalence and incidence of pressure ulcers in a palliative care unit, as well as the

moment of appearance of these.

Patients and methods: an observational, retrospective and cross-sectional study in a consecutive sample of patients admitted to a palliative care unit for three years.

Results: 1,601 patients were attended with an age and an average stay of $74,39 \pm 13,34$ years and $22,40 \pm 28,33$ days. The prevalence period of pressure ulcers was 32,60% and the cumulative incidence of 2.62%. 36.36% of the ulcers developed in the week prior to the death of the patients.

Conclusion: The differential diagnosis between avoidable and unavoidable UPP is key to being able to establish realistic care goals and not feed false hopes of cure. On the other hand, given the high prevalence of UPP, it is necessary that its prevention and treatment are incorporated as main objectives in the care of patients who are in the dying process.

Keywords: Pressure ulcer; palliative care; prevalence; Kennedy Terminal Ulcer.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son un tipo de herida crónica que generalmente afectan a pacientes con edad avanzada, deterioro cognitivo o de movilidad y múltiple comorbilidad asociada (1-3). En abril de 2016, durante un congreso del *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) celebrado en Chicago, se ha redefinido el concepto de las UPP. Según esta última actualización, las UPP son una lesión localizada en la piel y/o tejido blando subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionada con un dispositivo médico o de otro tipo. La lesión puede presentarse como una piel intacta o una úlcera abierta y puede ser dolorosa. Esta se produce como resultado de una presión intensa y/o prolongada o presión en combinación con cizalla. La tolerancia de los tejidos blandos para la presión y el cizallamiento también puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado del tejido blando (4).

A consecuencia de los elevados costes derivados del tratamiento de UPP, los gobiernos, departamentos de la salud e instituciones se afanan en implementar medidas preventivas. Países como Japón, Reino Unido, Australia o Estados Unidos han implementado políticas en este sentido (5-8).

La prevención ha demostrado su cos-

te-efectividad frente al tratamiento de UPP instauradas (9). Intervenciones como la utilización de superficies de alivio de presiones, un buen manejo de la humedad en la piel, la utilización de apósitos de manera profiláctica para reducir el cizallamiento o tener en cuenta las consideraciones nutricionales de los pacientes, han demostrado ser útiles en materia de prevención (10-14). Así mismo, la creación y puesta en funcionamiento de equipos multidisciplinares específicos con formación avanzada en prevención y tratamiento de UPP, han demostrado su eficacia y suponen a la larga un ahorro económico (15, 16).

Tras lo expuesto hasta ahora, cabe preguntarse: ¿Todas las UPP son evitables? Hasta la fecha no se ha reportado ninguna intervención que de forma consistente y reproducible reduzca la incidencia a cero (17).

Por lo tanto, en respuesta a la pregunta; aunque en su mayoría son evitables, se cifran en un 95% de los casos, existen UPP que no lo son. Una UPP inevitable es aquella que se desarrolla a pesar de que se haya evaluado la condición clínica y los factores de riesgo de desarrollar una UPP; que se hayan definido e implementado intervenciones, formuladas y monitorizadas con estándares reconocidos, acordes con las necesidades del paciente y que se ha-

yan valorado como apropiadas (18-21).

En pacientes críticamente enfermos, como los pacientes paliativos, la aparición de estas UPP inevitables se asocia al progresivo deterioro de la piel y tejido subcutáneo provocados por la hipoperfusión. A este tipo de lesiones también se les conoce como *Kennedy Terminal Ulcer* (KTU), **Úlceras de Kennedy**. Las KTU son UPP inevitables de aparición súbita, generalmente en la zona sacrocóxigea, y que forman parte del proceso de morir (Tabla 1). Por consiguiente, si el desarrollo de la UPP es inevitable, la curación es implantable (22-25).

La literatura sitúa la prevalencia de UPP en la población paliativa entre un 14-28% y la incidencia en las unidades de hospitalización de cuidados paliativos entre un 10-13%. El 62% desarrollarán UPP dentro de las dos últimas semanas de vida (26-28). De ahí surge la motivación y la necesidad de llevar a cabo el presente estudio, con los objetivos de: determinar la prevalencia periodo y la incidencia acumulada de UPP en pacientes paliativos ingresados y establecer el tiempo transcurrido desde la aparición de la úlcera por presión hasta el fallecimiento de los pacientes en una unidad de cuidados paliativos.

Tabla 1. Diferencias entre úlceras por presión y *Kennedy Terminal Ulcers*. Elaboración propia a partir de (24).

	UPP	KTU
Color	Rojez persistente	Decoloración amarillenta, púrpura o negra
Forma	Redonda	Forma de mariposa o de pera
Fisiopatología	Isquemia secundaria a una presión constante sobre una prominencia ósea	Isquemia secundaria a hipoperfusión por enfermedad avanzada
Mortalidad	Baja	Alta

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal. La recogida de datos para el establecimiento de prevalencias e incidencias se ha realizado en base al *Pressure Ulcer Prevalence Collection Sheet* y el diseño se ha establecido siguiendo estándares internacionales (29, 30)

El estudio se centra en pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos de la Fundación Instituto San José (FISJ) de Madrid entre el 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2015. En ella se atienden a pacientes que precisan Cuidados al Final de la Vida, que por diferentes motivos no pueden ser prestados en domicilio. Diagnosticados de cáncer, SIDA,

patología geriátrica avanzada, enfermedades neurodegenerativas o enfermedades de órgano terminal (insuficiencia cardíaca avanzada, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia respiratoria crónica avanzada y hepatopatía crónica avanzada) y con un pronóstico de vida limitado en el tiempo.

Como medidas epidemiológicas para determinar la magnitud de la enfermedad, se han utilizado la Prevalencia de Periodo (PP) y la Incidencia Acumulada (IA), tal y como se sugiere en el consenso internacional reflejado en el trabajo de Baharestani et al. (31).

El análisis estadístico se realizó a través del software estadístico IBM SPSS® IBM

Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. Se ha llevado a cabo una estadística descriptiva, usando para las variables cualitativas tablas de frecuencias absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas se han calculado las medidas de tendencia central y de dispersión más habituales (media, desviación típica, máximo, mínimo y suma).

El presente estudio cuenta con la autorización de la dirección de la FISJ y el dictamen favorable por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, con el código de registro 16/365-E.

RESULTADOS

En el periodo a estudio se atendieron 1.601 pacientes con una media de edad de 74,39±13,34 años. La estancia de hospitalización media fue de 22,40±28,33 días,

siendo el éxito el motivo de alta más frecuente (87,26%). El 79,95% de la muestra poseía un diagnóstico clínico oncológico. La valoración del riesgo de desarrollar úl-

ceras por presión se realizó a través de la escala Braden, siendo la puntuación media obtenida en los sujetos de 12,42±2,86 puntos, en el momento de su ingreso.

Categoría de la UPP	Media	Desviación estándar	n
Categoría I	3,71	2,43	7
Categoría II	4,29	1,77	14
Categoría III	3,50	2,12	2
Categoría IV	2,00	-	1
Total	3,96	1,94	24

Tabla 2. Tiempo transcurrido en días desde la aparición de la UPP hasta el éxito. Distribución por categorías. n=24.

Localización Anatómica UPP	Media	Desviación estándar	n
Columna	5,00	-	1
Codo	4,67	2,51	3
Dedos pie	1,00	-	1
Maléolo externo	5,00	-	2
Rodilla	-	-	1
Talón	4,00	1,67	6
Nariz	5,00	-	1
Sacro	4,00	1,93	9
Total	3,96	1,94	24

Tabla 3. Tiempo transcurrido desde la aparición de la UPP hasta el éxito. Distribución por localización anatómica. n=24.

La PP se establece en un 32,60%, siendo la IA del 2,62%. De forma previa o posterior a la admisión en la unidad, se desarrollaron un total de 885 UPP en 522 pacientes. Las más frecuentes fueron las de categoría II (n=481), siendo las me-

nos prevalentes las UPP de categoría IV (n=55). En el 53,25% de la muestra con UPP, se desarrolló más de una.

Sobre una muestra total de 66 UPP desarrolladas tras la admisión de los pacientes, 24 (36,36%) lo hicieron en la

última semana de estancia previa al éxitus. El tiempo medio transcurrido desde su aparición hasta el fallecimiento fue de $3,96 \pm 1,94$ días (Tabla 2). La localización anatómica más frecuente fue la región sacra (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Si bien los resultados muestran una IA comparativamente más baja, la PP de UPP entre los pacientes ingresados en el programa de CP parece estar en sintonía con lo hallado en otros estudios de similares características. En un estudio sobre población paliativa realizado en Suecia en unidades específicas de CP, la PP en el momento de la admisión era del 19% y en el momento del fallecimiento de 29,7%. En ambas la categoría de UPP más frecuente fue la categoría I (32). Queiroz et al. (33), entre una muestra de sujetos en un programa de CP domiciliarios, publicaron una PP de 18,8%. También sobre esta modalidad de atención paliativa, Sankaran et al. (34) publican una prevalencia de 19,44% entre la población atendida en CP domiciliarios. Con una estancia media de $24,8 \pm 31,4$ días, muy similar a la de nuestra población en el programa de hospitalización de CP, en una unidad de cuidados paliativos en Polonia se informa de una IA del 11,9% sobre una muestra de 329 pacientes cu-

yos datos fueron analizados de forma retrospectiva. Cifra similar a la reportada por Artico et al. (35) en su reciente trabajo, donde documentan una PP de 13,10% y una IA del 13%. En un trabajo publicado en 2015 sobre una población de pacientes ingresados en un programa de CP, de características homólogas a la de nuestra muestra, se identifica una PP de UPP del 34,18%. Un estudio italiano en el que se recolectan datos relativos a UPP en 414 pacientes ingresados en una unidad de CP durante seis meses, encuentra una PP de 22,9% y una IA superior a la hallada en nuestro estudio; 6,7% por 2,62%, circunstancia que guarda relación con la aplicación de protocolos específicos en materia de prevención y la existencia en el hospital de un equipo multidisciplinar con formación avanzada y específica en el manejo de este tipo de lesiones (15, 16). Otros estudios muestran datos similares con prevalencias entre 24-27% (26, 27, 36-38).

Cabe destacar la alta incidencia de UPP desarrolladas en la semana previa al fallecimiento de los sujetos. Dato que sugiere, lejos de poderse interpretar como una consecuencia de mala praxis, estar sustentado por los trabajos publicados en relación con la aparición de UPP terminales o KTU, motivadas por los cambios que se producen en la piel en pacientes al final de la vida y que las convierte en inevitables, tal y como se recoge en el *Skin Changes at Life's End (SCALE) Consensus Statment* (19, 20, 23, 24, 39).

No obstante, no debemos obviar que el proporcionar confort al paciente ha de ser uno de los principales objetivos en la última fase de la enfermedad, cuando la muerte está muy próxima. Algo que en ocasiones puede entrar en discordancia con la rigidez de los protocolos de prevención de UPP. Este último hecho, puede dificultar aún más la obtención de un diagnóstico diferencial, ya de por sí, difícil de establecer (40).

CONCLUSION

La causa de la mayoría de las UPP se encuentra en una presión constante sobre la piel, a menudo acompañada de fricción y cizallamiento, lo que produce la consiguiente isquemia y daño tisular. En pacientes paliativos, en los que el final de la vida está muy próximo se produce una hipoperfusión que priva a la piel del

oxígeno y nutrientes necesarios, lo que produce un daño inevitable sobre ésta y que en muchas ocasiones puede confundirse con una UPP. La diferenciación es clave para poder establecer los objetivos de cuidados realistas y no alimentar falsas esperanzas de curación. Sería deseable avanzar en la elaboración de criterios

operativos que ayudaran a identificar este tipo de lesiones. Por otro lado, dada la alta prevalencia de UPP, un 32,60%, y su negativa repercusión en la calidad de vida, se hace necesario que su prevención y tratamiento se incorporen como objetivos principales en la atención a los pacientes que se encuentran en el proceso de morir.

BIBLIOGRAFÍA

1. White-Chu EF, Flock P, Struck B, Aronson L. Pressure ulcers in long-term care. Clin Geriatr Med. 2011 May;27(2):241-58.
2. Sen CK, Gordillo GM, Roy S, Kirsner R, Lambert L, Hunt TK, et al. Human skin wounds: a major and snowballing threat to public health and the economy. Wound Repair Regen. 2009 Nov-Dec;17(6):763-71.

3. Hanson D, Langemo DK, Olson B, Hunter S, Sauvage TR, Burd C, et al. The prevalence and incidence of pressure ulcers in the hospice setting: analysis of two methodologies. *Am J Hosp Palliat Care*. 1991 Sep-Oct;8(5):18-22.
4. The National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP. *Pressure Injury Stages*; 2016.
5. Sanada H, Miyachi Y, Ohura T, Moriguchi T, Tokunaga K, Shido K, et al. The Japanese pressure ulcer surveillance study: a retrospective cohort study to determine prevalence of pressure ulcers in Japanese hospitals. *Wounds*. 2008 June 01;20(6):176-82.
6. High Impact Actions: Your Skin Matters [Internet].; 2013 [accessed on Apr. 5. 2018]. Available from: http://www.institute.nhs.uk/building_capability/general/your_skin_matters.html.
7. Stotts NA, Brown DS, Donaldson NE, Aydin C, Fridman M. Eliminating hospital-acquired pressure ulcers: within our reach. *Adv Skin Wound Care*. 2013 Jan;26(1):13-8.
8. Asimus M, Maclellan L, Li PI. Pressure ulcer prevention in Australia: the role of the nurse practitioner in changing practice and saving lives. *Int Wound J*. 2011 Oct;8(5):508-13.
9. Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. *JAMA*. 2003 Jan 08;289(2):223-6.
10. Moore ZE, Cowman S. Repositioning for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 5;1:CD006898.
11. Santamaria N, Liu W, Gerdtz M, Sage S, McCann J, Freeman A, et al. The cost-benefit of using soft silicone multilayered foam dressings to prevent sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: a within-trial analysis of the Border Trial. *Int Wound J*. 2015 June 01;12(3):344-50.
12. Pham B, Teague L, Mahoney J, Goodman L, Paulden M, Poss J, et al. Early prevention of pressure ulcers among elderly patients admitted through emergency departments: a cost-effectiveness analysis. *Ann Emerg Med*. 2011 Nov;58(5):78.e3.
13. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA*. 2006 Aug 23;296(8):974-84.
14. Tran JP, McLaughlin JM, Li RT, Phillips LG. Prevention of Pressure Ulcers in the Acute Care Setting: New Innovations and Technologies. *Plast Reconstr Surg*. 2016 September 01;138(3 Suppl):40S.
15. Tait C, Gibson E. Chronic wound audit: evaluation of a tissue viability service. *Br J Nurs*. 2007 Nov 8-21;16(20):S18 passim.
16. Moore ZE, Webster J, Samuriwo R. Wound care teams for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 16;(9):CD011011. doi(9):CD011011.
17. Thomas DR. Are all pressure ulcers avoidable? *J Am Med Dir Assoc*. 2001 Nov-Dec;2(6):297-301.
18. Jones D. Pressure ulcer prevention in the community setting. *Nurs Stand*. 2013;28(3):55; quiz 56.
19. Alvarez OM, Brindle CT, Langemo D, Kennedy-Evans KL, Krasner DL, Brennan MR, et al. The VCU Pressure Ulcer Summit: The Search for a Clearer Understanding and More Precise Clinical Definition of the Unavoidable Pressure Injury. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016 Sep-Oct;43(5):455-63.
20. Black JM, Edsberg LE, Baharestani MM, Langemo D, Goldberg M, McNichol L, et al. Pressure ulcers: avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy Wound Manage*. 2011 Feb;57(2):24-37.
21. Edsberg LE, Langemo D, Baharestani MM, Posthauer ME, Goldberg M. Unavoidable pressure injury: state of the science and consensus outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014 Jul-Aug;41(4):313-34.
22. Palese A, Trevisani B, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, et al. Prevalence and incidence density of unavoidable pressure ulcers in elderly patients admitted to medical units. *J Tissue Viability*. 2017 May;26(2):85-8.
23. Kennedy-Evans K. Understanding the Kennedy terminal ulcer. *Ostomy Wound Manage*. 2009 Sep 15;55(9):6.
24. Schank JE. Kennedy terminal ulcer: the "ah-ha!" moment and diagnosis. *Ostomy Wound Manage*. 2009 Sep 15;55(9):40-4.
25. Maklebust J. Pressure ulcers: the great insult. *Nurs Clin North Am*. 2005 June 01;40(2):365-89.
26. Galvin J. An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *Int J Palliat Nurs*. 2002 May;8(5):214-21.
27. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med*. 2010 Oct;24(7):669-73.
28. Richards A, Kelechi TJ, Hennessy W. Risk factors and wound management for palliative care patients. *J HOSP PALLIAT NURS*. 2007;9(4):179-81.
29. International consensus: Making the case for cost-effective wound management [Internet].; 2013 [cited Mar 4, 2017]. Available from: <http://www.woundsinternational.com/consensus-documents/view/international-consensus-making-the-case-for-cost-effective-wound-management>.
30. European Pressure Ulcer Prevalence Survey Minimum Data Set [Internet].; 2002 [accessed on Apr. 5. 2018]. Available from: <http://www.epuap.org/pressure-ulcer-research/pressure-ulcer-prevalence-collection-sheet/>.
31. Baharestani MM, Black JM, Carville K, Clark M, Cuddigan JE, Dealey C, et al. Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus. *Int Wound J*. 2009 Apr;6(2):97-104.
32. Carlsson ME, Gunningberg L. Predictors for Development of Pressure Ulcer in End-of-Life Care: A National Quality Register Study. *J Palliat Med*. 2017 Jan;20(1):53-8.
33. Queiroz AC, Mota DD, Bachion MM, Ferreira AC. Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Apr;48(2):264-71.
34. Sankaran BM, Chakraborty S, Patil VM, Raghavan SN, Thomas S, Sen S. Burden and outcomes of pressure ulcers in cancer patients receiving the kerala model of home based palliative care in India: results from a prospective observational study. *Indian J Palliat Care*. 2015 May-Aug;21(2):152-7.
35. Artico M, Dante A, D'Angelo D, Lamarca L, Mastroianni C, Petitti T, et al. Prevalence, incidence and associated factors of pressure ulcers in home palliative care patients: A retrospective chart review. *Palliat Med*. 2018 Jan;32(1):299-307.
36. Sternal D, Wilczy ski K, Szewieczek J. Pressure ulcers in palliative ward patients: hyponatremia and low blood pressure as indicators of risk. *Clin Interv Aging*. 2017;12:37-44.
37. Ramos A, Morillo JM, Gayo N, Tasiguano JE, Munzón E, Ribeiro ASF. Curar o paliar: ¿qué cuesta más? Análisis de costes del tratamiento de una herida crónica en función de su finalidad. *Medicina Palliativa*. 2015 April;22(2):45-51.
38. Reifsnnyder J, Magee HS. Development of pressure ulcers in patients receiving home hospice care. *WOUNDS*. 2005;17(4):74-9.
39. Sternal D, Wilczy ski K, Szewieczek J. Pressure ulcers in palliative ward patients: hyponatremia and low blood pressure as indicators of risk. *Clin Interv Aging*. 2017;12:37-44.
40. Yastrub DJ. Pressure or pathology: distinguishing pressure ulcers from the Kennedy terminal ulcer. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010 May-Jun;37(3):249-50.



¿SABÍAS QUE...?

Ana Palacios



Genómica y Big Data, grandes aliados para la oncología de precisión

huffingtonpost.es

La medicina personalizada lleva años revolucionando a los especialistas en oncología, que son conscientes de que ningún tumor es igual a otro y de que, por tanto, los tratamientos deben adaptarse a ellos y a las particularidades propias de cada enfermo para conseguir mejores resultados.

A través de la oncología de precisión es posible detectar cuáles son las mutaciones o alteraciones genéticas que han generado un determinado tipo de cáncer. Detectarlas de forma precoz y tomar la delantera con terapias personalizadas es determinante para ganar la partida. Para ello son útiles los test genómicos, cada vez más coste efectivos y menos invasivos. Las llamadas biopsias líquidas ofrecen un análisis exhaustivo de las características de un tumor con una simple muestra de sangre, y son válidas para algunas de las variantes más habituales: cáncer de pulmón de células no pequeñas, cáncer de colon y cáncer de mama.

Tampoco debemos perder de vista las bondades del Big Data, un sector inmenso que crece y que mejora sus resultados cada segundo que pasa a nivel mundial y al que la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ha hecho un hueco importante en sus grupos de trabajo. Desde esta entidad se ha visto con claridad la utilidad de las nuevas herramientas que este campo ofrece, específicas para su disciplina, para generar información real de calidad que permite conocer datos epidemiológicos aplicables a pacientes. Pero

también de eficacia terapéutica, de costes y de resultados en salud.

Enfocado al ámbito oncológico, existen plataformas bioinformáticas que han dado un paso más en este campo, que son personalizables y que integran e interpretan resultados de cualquier tecnología genómica, datos de patología molecular, estudios de expresión e información clínica... Un ejemplo es el sistema OncoKDM, que forma parte de la denominada Data Driven Medicine (o medicina basada en datos) capaz de procesar esta información, organizarla e interpretarla, ayudando a los oncólogos a determinar un tratamiento diana para cada uno de sus pacientes.

A través de esta plataforma, los oncólogos pueden obtener información útil y comprensible a partir de la introducción de datos sin procesar, directamente desde el laboratorio. Por otra parte, pueden compartir y obtener conocimiento de otros profesionales de otras partes del mundo que también estén conectados a la misma red, consiguiendo así nuevos puntos de vista, y siempre manteniendo el anonimato de sus pacientes, como marca la normativa.

Estos nuevos softwares permiten trabajar a los clínicos sin desperdiciar ni uno solo de los datos recabados, que crecen a un ritmo vertiginoso y que, si no se gestionan de forma ordenada, pueden generar más ruido que información. Indudablemente, mejorar los procesos médicos también mejora la atención al paciente, un aspecto crucial para nosotros y por el que trabajamos cada día, y, sobre todo, para aquel que está sufriendo una dolencia oncológica y para todos los que le rodean.

El objetivo, además de mejorar la supervivencia y calidad de vida del paciente, debe pasar por lograr que cualquier enfermo y cualquier clínico pueda optar, independientemente de su capacidad económica o lugar en el que viva, a las mejores y más efectivas opciones terapéuticas.



Un simple análisis de sangre es capaz de detectar ocho tipos de cáncer

elmundo.es

Encontrar una prueba médica capaz de detectar tumores de forma precoz es uno de los grandes retos de la investigación científica. En esta carrera, empieza a abrirse camino CancerSEEK, un test capaz de identificar hasta ocho tipos de cáncer: ovario, hígado, estómago, páncreas, esófago, colorrectal, mama y pulmón. Simplemente, a partir de una muestra de sangre.

Aún no está testado ni validado, pero los primeros resultados de la investigación donde se ha puesto a prueba este prometedor método invitan al optimismo. Según el tipo de cáncer, es capaz de detectarlo "con una sensibilidad entre el 69% y el 98% y la probabilidad de que una persona sana reciba un falso positivo es sólo del 1%", subrayan los autores de este trabajo, realizado en la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, Estados Unidos) y que ha publicado la revista Science.

La detección de tumores antes de que hayan metástasis es clave. Incluso cuando la metástasis se ha iniciado, pero aún no se observa radiológicamente, los tumores pueden tratarse con éxito en más de un 50% con terapias sistémicas, tales como inmunoterapia y medicamentos citotóxicos.

De ahí la importancia de desarrollar pruebas no invasivas, sencillas, con alta sensibilidad y bajo porcentaje de falsos positivos para adelantarse a las metástasis y aumentar las probabilidades de supervivencia. Con este foco, un equipo de

investigadores liderado por Joshua Cohen ha trabajado en un análisis de sangre en el que se examina el ADN circulante tumoral y una serie de biomarcadores proteicos que permiten la detección temprana de ocho tipos comunes de cáncer. Comprobaron su sensibilidad y especificidad en un total de 1.005 pacientes sin metástasis, pero todos diagnosticados con un tumor (ovario, hígado, estómago, páncreas, esófago, colorrectal, mama y pulmón).

CancerSEEK ha sido capaz de encontrar mutaciones en 16 genes asociados con distintos tipos de cáncer y, en algunos casos, la prueba también proporcionaba información sobre el tejido de origen del tumor.

“Conceptualmente, CancerSEEK es un modelo muy interesante”, señala Guillermo de Velasco, secretario científico de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), al comentar este estudio. No obstante, cabe subrayar que la técnica es aún incipiente y “está lejos de tener una aplicación directa en la práctica clínica”. La población estudiada por Cohen y su equipo ya tenía síntomas y habían sido diagnosticados con cáncer premetastásico. El objetivo final de esta línea de trabajo es detectar los tumores incluso antes de que la enfermedad ocasione síntomas.



Disponible la primera inmunoterapia para cáncer de vejiga y de pulmón

efesalud.com

La primera inmunoterapia con doble indicación, para cánceres de vejiga y de pulmón, ya está disponible en la sanidad pública española para los pacientes con tumores en estados avanzados o metastásicos.

Pero además este fármaco, el atezolizumab, presenta un nuevo mecanismo de

acción para bloquear la actividad de la proteína PD-L1. Además del cáncer de vejiga, ataca al cáncer de pulmón no microcítico (que constituye el 85 % de todos los tumores de este órgano). Como ocurre con el de vejiga está indicado para tumores localmente avanzados o metastásicos y en ambos cánceres es necesario que hayan sido tratados en primera línea con quimioterapia.

Este fármaco inmunoterápico ha sido presentado en una rueda de prensa en la que han participado el presidente del Grupo Español del Cáncer de Pulmón (GECp), Mariano Provencio, y el presidente del Grupo Español de Oncología Genitourinaria (SOGUG), José Ángel Arranz.

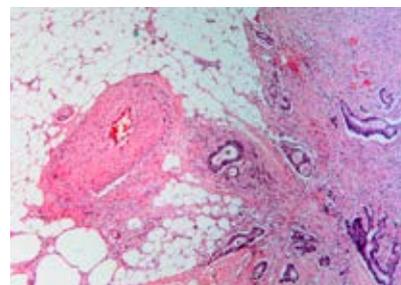
Junto a ellos, la directora médica de Roche, Annarita Gabriele, ha explicado que se trata de un anticuerpo monoclonal dirigido contra una proteína, la PD-L1, que se expresa en las células tumorales y también en los linfocitos T, los encargados de detectar los antígenos del organismo.

Cuando el fármaco bloquea esta proteína, ha proseguido Gabriele, “lo que hace es facilitar la activación de los linfocitos T, que de esta manera pueden atacar a las células tumorales”, con lo que “refuerza el sistema inmunitario para combatir el cáncer”.

En el caso del cáncer de vejiga, la directora médica de la compañía farmacéutica ha asegurado que “es una innovación verdadera” porque no ha habido avances en este tipo de tumores en más de 30 años, un hecho que ha corroborado el presidente de SOGUG, quien ha indicado que no ha habido progreso casi desde que nació la oncología. Según la compañía, hasta su aprobación, no había ninguna inmunoterapia disponible para tratar este tipo de cáncer avanzado.

La mayoría de los pacientes a los que benefició el tratamiento en los ensayos clínicos (el 63 %) siguieron respondiendo al mismo, en comparación al 21 % de los que recibieron quimioterapia.

En el caso del cáncer de pulmón, la supervivencia global con esta inmunoterapia anti-PD-L1 es de 14 meses, lo que supone cuatro meses más que los tratados con quimioterapia, según ha dicho Gabriele en la presentación.



Programa de Recuperación Intensificada en cirugía de cáncer colorrectal

ecodiario.eleconomista.es

El Programa de Recuperación Intensificada (PRI) en pacientes de cáncer colorrectal disminuye las complicaciones tras la cirugía y consigue una recuperación más rápida, según ha comentado el cirujano general del Centro Médico-Quirúrgico de Enfermedades Digestivas (CMED), Eugenio Freire.

Y es que, tal y como ha apostillado el gastroenterólogo y cirujano digestivo del CMED, Gonzalo Guerra Flecha, este tumor sigue siendo el de mayor incidencia en España y su avance es “imparable”, dado que cada año se diagnostican en España más de 41.500 nuevos casos de cáncer colorrectal, lo que se traduce en que afectará a uno de 1 de cada 20 hombres y 1 de cada 30 mujeres antes de cumplir los 74 años, según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer.

En la gran mayoría de los casos, los pacientes afectados de cáncer de colorrectal necesitan que la parte afectada o la totalidad sea extirpada como parte del tratamiento. En este sentido, Freire ha recordado que la introducción de la cirugía laparoscópica hace ya dos décadas supuso un “gran avance” en la vida de los pacientes con cáncer colorrectal.

“La implantación del PRI es otro de los grandes hitos para mejorar su calidad de vida. De hecho, nuestra experiencia ha demostrado que disminuye las complicaciones tras la cirugía y la recuperación es mejor y más rápida, pudiendo abandonar el hospital y volver a su rutina antes que los pacientes en los que no se aplica el PRI”, ha dicho el experto.

En concreto, el PRI se base en tres pilares fundamentales: nutrición adecuada, una

movilización temprana del paciente tras la intervención y control del dolor. En la primera, el paciente diagnosticado de cáncer colorrectal, antes de someterse a la cirugía laparoscópica para extirpar el tumor, además de una dieta líquida, la tarde previa y unas horas antes a la operación, recibe unos preparados nutricionales que conseguirán que la recuperación sea óptima.

Asimismo, hacer que el paciente empiece a moverse tras la cirugía y no permanezca encamado mucho tiempo favorece el estado general, disminuye las complicaciones hospitalarias y evita la atrofia muscular. “De hecho, al paciente se le explican antes de operarse los ejercicios respiratorios y de las piernas que tendrá que hacer, ya sentado, a la mañana siguiente de la operación. El paciente solo permanece en la cama la noche de la operación. Pasado ese primer día, pasa al sillón para hacer sus ejercicios y al día siguiente tiene que comenzar a pasear por la habitación y los pasillos del hospital”, ha recalcado el cirujano digestivo de CMED.



El 30% de los pacientes oncológicos necesitan un tratamiento con opioides para el dolor irruptivo

infosalus.com

El 30 por ciento de los pacientes de cáncer necesitan un tratamiento con opioides para combatir el dolor irruptivo, según los datos aportados por el II Congreso Nacional de Dolor y Cáncer (Oncodolor), organizado por la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) y Clínica (SEOC).

El presidente del comité científico, el doctor Luis Miguel Torres, ha aludido en este sentido a que en los casos en los que se trata el episodio con este tipo de fármacos “se puede llegar a producir una sobredosificación”.

El motivo es porque “no tienen el mismo

efecto inmediato que el llamado fentanilo, que es el nombre químico con el que se conoce el fármaco y que tiene diversos nombres comerciales en el mercado farmacológico”.

El doctor Torres ha incidido en que una de las principales novedades de este tratamiento está en el incremento de uso de la vía nasal del medicamento. Así, para defender este tipo de administración, ha explicado que hay pacientes a los que la vía oral les produce complicaciones como náuseas o vómitos.

El presidente del comité organizador, el doctor Pedro Lara, por su parte, ha incidido en que “no se entiende la asistencia sin uso adecuado de los opioides”, al tiempo que ha descrito que el “paciente oncológico lo que peor lleva es el dolor” y son precisamente “este tipo de tratamientos los que lo ayudan a combatirlo”.

En lo que respecta al uso de la radioterapia, el doctor Lara lo ha definido como el “principal tratamiento para el dolor”, y ha hecho alusión a los casos de metástasis ósea, donde este es el tratamiento principal.



La musicoterapia tiene efectos beneficiosos para los pacientes con cáncer terminal

redaccionmedica.com

La musicoterapia tiene efectos beneficiosos para los pacientes con cáncer terminal, según un ensayo clínico en el que han participado investigadores del Parc Salut Mar del Institut d'Investigacions Mèdiques de Barcelona (IMIM) y del Instituto Catalán de Musicoterapia.

El trabajo, que publica ‘Frontiers in Psychology’, constata que ayudar a los pacientes de cuidados paliativos y sus familias a hacer frente con eficacia al dolor, las

preocupaciones y el impacto emocional inherentes al diagnóstico de cáncer terminal es un reto recurrente para médicos y enfermeras de las unidades de cuidados paliativos.

Se sabe que la música tiene el poder de inducir emociones fuertes y que tiene impacto en el humor de las personas y ahora se han encontrado evidencias de que la musicoterapia tiene efectos beneficiosos para los pacientes con cáncer terminal.

El objetivo de este estudio ha sido contribuir a la comprensión del efecto emocional (estimado a través de la actividad de los pacientes) de la musicoterapia en el contexto de la atención paliativa.

Más concretamente, el estudio ha pretendido evaluar la efectividad de una determinada intervención de musicoterapia, a través de una sesión de 30 minutos incluyendo técnicas activas y receptivas, para mejorar el estado emocional de los pacientes con cuidados paliativos analizando su actividad cerebral en forma de electroencefalografía (EEG).

Los estados emocionales de los pacientes se estimaron antes, durante y después de las sesiones de musicoterapia para evaluar el efecto emocional general de la sesión y evaluar el efecto emocional de determinadas técnicas.



Ana Casas

Oncóloga, Investigadora, y Paciente.

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Fundación Actitud frente al Cáncer

Creamos Lazos frente al Cáncer de Mama

En este número de nuestra revista entrevistamos a Ana Casas, con una carrera profesional y trayectoria personal que es difícil de resumir en pocas palabras: médico oncóloga, investigadora, divulgadora, referente de la comunidad científica y médica, y desde hace mucho tiempo, creando lazos y fomentando estar unidos frente al cáncer.

P (JdT): Ana, gracias por concedernos un rato para conocer un poco más de tu persona, conocemos mucho de tu trayectoria profesional, hemos coincidido en alguna reunión de investigadores y te seguimos en redes; sin embargo, nos gustaría conocer cómo y cuáles fueron tus comienzos en la oncología, y la influencia que tuvo y tiene para ti la enfermería en tu trabajo.

R (AC): Estudié Medicina por una trayectoria familiar. Mi padre fue médico internista, dedicado vocacionalmente a sus pacientes. Un médico humanista en el más amplio sentido. Tenía un profundo interés social y antropológico y siempre le escuché hablar de las personas enfermas con una perspectiva desde su entorno familiar, social, laboral... eran épocas en las que había muchas enfermedades profesionales, deficiencias nutricionales, infecciones, etc., principalmente en el medio rural. De ahí nació mi interés y se fue desarrollando una vocación. Por eso hice Medicina Interna a través del sistema MIR, me pareció la Especialidad más integral. Después hice Oncología Médica. Estábamos en los principios de los años 80 y aunque había pocos medios (comparado con los que hay ahora) empezaban a aparecer los primeros tratamientos eficaces para los linfomas y las leucemias, para algunos tumores infantiles etc., comenzaba a desarrollarse el concepto de la utilidad del tratamiento adyuvante para el cáncer de mama. Era una época en plena expansión de soluciones quirúrgicas radicales porque los medios técnicos y de soporte vital habían mejorado mucho, Quirófanos, UCIs, Anestesia, control de infecciones etc., pero al mismo tiempo, había un volumen importante de pacientes que se diagnosticaban de forma más tardía y no tenían esa opción. En sus inicios, la Oncología fue la tabla de salvación para todos esos pacientes que, en cierto sentido, podríamos decir que estaban desahuciados de un tratamiento quirúrgico o si no, cuan-

do recaían. Atender a los pacientes en el área de hospitalización en Oncología era nuestra principal fuente de actividad cuando empezábamos a ejercer. Y ahí fueron también los inicios de la enfermería oncológica. Una enfermería muy vocacional, que conocía a los pacientes por su nombre y a toda su familia porque normalmente las estancias medias eran muy largas. Fueron unos principios en los que juntos aprendimos como cuidar a los pacientes, como ayudar a superar ese tabú que representaba tener un paciente con Cáncer en la familia y donde los comentarios a espaldas del enfermo y la falsa compasión estaban a la orden del día. Juntos fuimos aprendiendo como había que dar la información y las malas noticias, como había que apoyar el duelo... Sí, el duelo, porque la tasa de mortalidad en hospitalización de Oncología era muy superior al 80%.

P (JdT): ¿Y la enfermería Oncológica actual cómo la ves? y, ¿Cómo la ves en el futuro?

R (AC): La enfermería oncológica tiene cada vez un papel más relevante en Oncología. Sigue teniendo un papel muy relevante en el área de Hospitalización, si bien las estancias medias son de pocos días y los pacientes requieren un alto nivel de cuidados concentrados en un corto espacio de tiempo. Aunque disponemos de un mayor soporte de Cuidados Paliativos, la enfermería oncológica está cada vez más especializada en atender la última etapa de la vida y aunque siempre lo es, en estas situaciones el trabajo en equipo con los oncólogos requiere un alto nivel de comunicación. Otra actividad muy importante actualmente de la enfermería oncológica es la que ejerce en el área de Hospital de Día. Los tratamientos oncológicos son ambulatorios casi al 100% y el

trabajo de la enfermería oncológica va más allá de la mera administración del tratamiento. Hay una tarea de educación sobre las medidas de soporte y para el control de los efectos secundarios que es de la máxima importancia. Es decir, el papel de educación de la enfermería oncológica en el área de hospital de día es fundamental. Este papel se potencia aún más a través de las consultas de enfermería que es una actividad que debería tomar cada vez un papel más activo, así como en educación y formación de los pacientes y familiares. Por otra parte, sería deseable favorecer una mayor especialización de la enfermería oncológica para tener un papel más relevante en las propias consultas de Oncología y en Investigación Oncológica.

P (JdT): Se habla mucho sobre Humanización del cuidado, seña de identidad esencial en la oncología, ¿Es una realidad en nuestro país, o ¿nos quedan pasos que dar?

R (AC): La tecnología, la falta de tiempo, la masificación, etc., favorecen la deshumanización. Pero no debemos quedarnos en eso como justificación. Si la Medicina es una profesión vocacional, al menos yo así la considero, la Oncología es su bastión de proa. ¿Dónde mejor plantear la Humanización de los cuidados que en el contexto de una enfermedad como el cáncer? El impacto del diagnóstico de cáncer o la importancia de los síntomas en la enfermedad avanzada, la incertidumbre en toda la trayectoria de la enfermedad exigen un trato humanitario que no debería haberse perdido nunca porque es la esencia misma de nuestra profesión, porque la relación humana es una relación basada en la compasión, donde no cabe mirar al otro de una forma diferente porque mañana puedes ser tu mismo. Es una cuestión de sensibilidad en la percepción de lo que es global. Y una gran dosis de compasión. Eso es el Humanismo

P (JdT): ¿Cuáles crees que pueden ser las claves a nivel político para que los cambios profesionales en la enfermería oncológica sean realidad, como el reconocimiento de una especialidad propia?

R (AC): Creo que es fundamental el reconocimiento de una especialidad como la de enfermería oncológica. La Oncología es una Especialidad con un marco de conocimientos muy amplio y se necesita estar muy bien formado, tanto médicos como enfermeras. Un papel más especializado de la Enfermería Oncológica podría favorecer el manejo y la gestión de los pacientes en función de su situación clínica en Consultas Externas, donde se podría involucrar mucho más en la interpretación de pruebas complementarias, avanzar en los tratamientos oncológicos; todo esto ayudaría a agilizar la atención en el área de consultas externas. Ayudaría a repartir la carga de trabajo que sufren actualmente porque alguna parte del trabajo que realizan ahora los oncólogos podría ser realizado por una enfermería oncológica especializada. Asimismo, mejoraría los cuidados en hospitalización y en atención domiciliaria, al contar con enfermeras bien preparadas, vocacionales y mucho más estables en sus puestos de trabajo. Además, cobraría mayor importancia en el área de investigación clínica en la que la

Oncología Médica tiene una especial proyección y el papel de la enfermería oncológica no está bien definido aún. Vislumbro para el futuro una enfermería Oncológica más especializada, tendiendo puentes entre el paciente y el medio hospitalario, favoreciendo la comunicación, generando confianza. A nivel político habría que mostrar su efecto en la mejora asistencial y en la provisión de cuidados de mayor calidad. No creo que exista ningún político que no haya vivido con algún miembro de su familia la masificación de las salas de espera de las consultas de Oncología o del Hospital de Día. Eso es lo que hay que hacerles entender que se solucionaría con una enfermería especializada trabajando en ese entorno.

P (JdT): Poniendo la mirada en Ana Casas como paciente, ¿Puedes identificar algún rasgo de cambio frente a la oncóloga, ha cambiado mucho?

R (AC): Como paciente realmente sufres el mismo proceso que cualquier otro paciente. El mayor conocimiento te genera unos primeros momentos de mayor incertidumbre si bien un poco más tarde, todo empieza a reposar. El impacto del diagnóstico te cambia radicalmente tu perspectiva vital y aprendes a ver aspectos de tu propia existencia en los que antes no reparabas. Y como decía, todos los matices de la incertidumbre también. A nivel personal, a mí me ha servido para hacer examen de conciencia, para enfrentarme a mi propia finitud, aunque ahora me encuentre muy bien. Es curioso, pero algo tan común como la muerte, siempre cierta, no nos lo planteamos a no ser el caso de un acontecimiento importante en tu vida, como representa el cáncer. La enfermedad, vista desde los dos ángulos, te da profundidad de mira en tu vida y en la de los demás. Te hace comprender la verdadera esencia de la compasión, de lo que debe ser el Humanismo en los cuidados sanitarios en su máxima acepción. Por este motivo, reflexionando sobre el significado de la enfermedad para cada persona, decidí crear la Fundación. 'Actitud frente al Cáncer'. Su objetivo es ayudar a los pacientes a convivir con la enfermedad de una manera realista fomentando 1) la formación y el empoderamiento 2) poniendo nuestra mira y máximo apoyo en la investigación como fuente de esperanza y 3) realzando los propios valores del ser humano que cada uno llevamos dentro. No podemos cambiar nuestra situación de personas enfermas (cada cual en una etapa diferente) pero si nuestra actitud y afrontamiento. Y esto se hace con conocimiento y confianza en la ciencia y en nuestra propia convicción de trascendencia humana y espiritual. Lógicamente sumando el calor que aportan la familia y los amigos. Nosotros también nos enfocamos a nivel social dando apoyo a través del Grupo 'Creamos Lazos frente al Cáncer de Mama'.

P (JdT): Sobre la enfermería oncológica, que nos consta que apoyas, ayudas, y animas ¿nos podrías proporcionar alguna pauta de trabajo en ese sentido?

R (AC): Gracias por pedirme este consejo, aunque no me considero quien, para dar consejos en esto, hay personas mucho más expertas. De todos modos te diré que pienso que hoy más que nunca, en el momento del conocimiento en que estamos, de la ampli-

tud del conocimiento en genómica, en las bases moleculares del cáncer, en biomarcadores, etc., oncólogos y enfermería oncológica deben trabajar juntos, codo con codo. Con la reciente incorporación de los estudios genómicos estamos ante un cambio radical en la percepción del cáncer que va a repercutir enormemente en la forma de enfocar los tratamientos. Debemos trabajar de manera interdisciplinar y hacer una distribución correcta del trabajo para que el enfermo oncológico salga beneficiado de todos los avances. Yo daría dos consejos a la enfermería. El primero es estudiar, estudiar y estudiar. Una enfermería oncológica especializada debe partir de una buena y sólida formación. El segundo sería, mantenerse unidos oncólogos y enfermería. Hacer tándem. El mayor beneficiado será el enfermo, pero un equipo así tendrá una gran fortaleza y su recompensa moral será un gran estímulo profesional.

P (JdT): Sobre la enfermería oncológica, que nos consta que apoyas, ayudas, y animas ¿nos podrías proporcionar alguna pauta de trabajo en ese sentido?

R (AC): Gracias por pedirme este consejo, aunque no me considero quien, para dar consejos en esto, hay personas mucho más expertas. De todos modos te diré que pienso que hoy más que nunca, en el momento del conocimiento en que estamos, de la amplitud del conocimiento en genómica, en las bases moleculares del cáncer, en biomarcadores, etc., oncólogos y enfermería oncológica deben trabajar juntos, codo con codo. Con la reciente incorporación de los estudios genómicos estamos ante un cambio radical en la percepción del cáncer que va a repercutir enormemente en la forma de enfocar los tratamientos. Debemos trabajar de manera interdisciplinar y hacer una distribución correcta

del trabajo para que el enfermo oncológico salga beneficiado de todos los avances. Yo daría dos consejos a la enfermería. El primero es estudiar, estudiar y estudiar. Una enfermería oncológica especializada debe partir de una buena y sólida formación. El segundo sería, mantenerse unidos oncólogos y enfermería. Hacer tándem. El mayor beneficiado será el enfermo, pero un equipo así tendrá una gran fortaleza y su recompensa moral será un gran estímulo profesional.

P (JdT): Ya vamos finalizando, y entrando un poco en el plano personal, ¿cuáles son tus aficiones, ¿qué te entretiene en los (pocos) ratos libres que dispones?

R (AC): Me gusta mucho viajar, leer y también me encanta la naturaleza, tanto en el campo como en el mar. Me gusta mucho caminar, hacer running, cualquier ejercicio físico al aire libre, la jardinería. También navegar y perderme con mi familia en el mar, escuchando solo el ruido de las olas en el casco y los graznidos de las gaviotas en el atardecer zambulléndose alborotadas, como flechas, para capturar pececillos en la superficie del agua. Observar los mil matices y la belleza de una puesta de sol en el horizonte del mar y también, como no, los colores de una tímida flor silvestre que nace en el borde del camino. Creo que los años y la enfermedad me están haciendo cada vez más contemplativa...

(JdT): Muchas gracias por compartir con los lectores este rato. Por toda tu trayectoria, tanto profesional como personal, te felicitamos y te agradecemos este tiempo, además del apoyo a nuestra profesión: trabajamos en el mismo sentido y con el objetivo común de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.



www.actitudfrentealcancer.org
 anacasas@actitudfrentealcancer.org
 Facebook 'Fundación Actitud frente al Cáncer'
 Twitter @actitud_cancer



Facebook 'Creamos Lazos frente al Cáncer de Mama'
 Twitter @CI_CancerdeMama
 Twitter @DraAnaCasas



ARTÍCULO

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS SOBRE EL AFRONTAMIENTO ANTE EL CÁNCER: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Alicia del Saz Lara

Facultad de Enfermería de Cuenca. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla La Mancha

Contacto: aly_karras3@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo. Analizar las diferentes escalas y estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes oncológicos a la hora de conocer el diagnóstico o el estado de su enfermedad.

Método. Revisión sistemática de estudios publicados en español y en inglés, consultando las siguientes bases de datos: MEDLINE, CINAHL (vía Pubmed), SCOPUS y Web of Science. El periodo de revisión incluye estudios publicados desde 2001 hasta 2017. La calidad de los estudios ha sido comprobada mediante criterios de evaluación de calidad para el desarrollo de cuestionarios.

Resultados. Se han incluido trece estudios. Los artículos seleccionados fueron evaluados empleando distintos diseños de estudio y diferentes poblaciones en términos de edad, sexo y número de muestra. El análisis de los cuestionarios ha incluido resultados significativos para la validez y la fiabilidad. Cada una de estas escalas se enfoca en una situación, orientada al aspecto biopsicosocial.

Conclusión. Las escalas incluidas se consideran válidas y fiables para evaluar el afrontamiento ante un diagnóstico de cáncer, siendo las más utilizadas la escala MAC (Mental Adjustment to Cancer) y el cuestionario

COPE (Coping Orientation to Problems Experienced). Dadas las propiedades psicométricas que respaldan la confiabilidad de las escalas, pueden considerarse como un método útil de cribado o como un instrumento apropiado para facilitar la práctica y la investigación clínica.

Palabras clave: cáncer, afrontamiento, cuestionarios, validez, enfermería. Palabras clave: enfermería, cuidados, Catéter venoso central con portal subcutáneo, catéter Hickman, vía central.

ABSTRACT

Objective. To analyze the different scales and coping strategies used by cancer patients in order to know the diagnosis or the state of their disease.

Method. We performed a systematic review of studies published in Spanish and English, and we consulted the following data sources: MEDLINE, CINAHL (via Pubmed), SCOPUS and Web of Science. The review period includes studies published from 2001 to 2017. The quality of the studies has been tested using quality assessment criteria

for the development of questionnaires.

Results. Thirteen studies have been included. The selected articles were evaluated using different study designs and different populations in terms of age, sex and sample number. The questionnaire's analysis has included significant results for validity and reliability. Each of these scales focuses on a situation oriented to the biopsychosocial aspect.

Conclusion. The scales included are valid

and reliable to assess coping with a diagnosis of cancer, the most commonly used are the MAC scale and the COPE questionnaire. Given the psychometric properties that support the reliability of the scales, they can be considered as a useful screening method or as an appropriate instrument to facilitate clinical practice and research.

Keywords: cancer, coping, questionnaires, validity, nursing. Key words: nursing, care, central venous access devices, Hickman catheter, central line.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el cáncer se considera una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial. Según indican organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), en 2012 hubo 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer, siendo los diagnosticados con más frecuencia el pulmonar, hepático, gástrico, colorectal y mamario. La mitad de todos los hombres y un tercio de las mujeres tendrán un diagnóstico de cáncer en su vida (1,2).

Por otro lado, se prevé que en las próximas dos décadas los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 a 22 millones (2).

Se ha demostrado que el cáncer es un problema de salud relevante según las cifras de incidencia, prevalencia y mortalidad indicadas anteriormente (1,2). Así, sabemos que esta enfermedad causa un impacto importante tanto en la vida de la persona afectada como en la familia, alterando el nivel físico, psíquico y social, siendo necesaria una intervención integral (3).

Según Watson y Greer (4): “el afrontamiento hace referencia a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer)”.

Haciendo referencia al proceso que sufre el afrontamiento, en primer lugar, hay que tener en cuenta la valoración, entendiendo por ésta tanto la repercusión del suceso sobre el sujeto como las posibles formas de actuación. Dentro de la valoración, existen diferentes posibilidades de acción: el denominado desafío, donde se considera

la enfermedad como un reto, y la designada amenaza, donde la situación supera los recursos del individuo. A partir de este proceso, se emite una primera respuesta emocional, con unas características e intensidad determinadas, donde la persona dispone de recursos para intentar reducir o resolver el problema. De no ser suficientes, aparecen las estrategias de afrontamiento, destinadas al cambio en la situación y en la repercusión sobre la persona. En la medida que estas estrategias actúen, aparece una nueva respuesta emocional, que concluye con el agotamiento de la persona o con la finalización de la situación (4).

En el caso del afrontamiento del cáncer, Moorey y Greer proponen el denominado “Esquema de supervivencia” (espíritu de lucha, evitación/negación, fatalismo/aceptación estoica, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa), un patrón de funcionamiento que valora la capacidad de adaptación, la respuesta emocional y los estilos de afrontamiento de pacientes oncológicos al conocer su diagnóstico (4,5).

En 1998, Watson y Greer, consideran los resultados obtenidos en contra y a favor del Esquema de supervivencia, concluyendo en la existencia de dos tipos de respuesta: las llamadas pasivas, constituidas por las estrategias de fatalismo, desesperanza y preocupación ansiosa, y las designadas activas, formadas por espíritu de lucha y evitación (4).

Conocer que se padece un cáncer supone implicaciones emocionales muy fuertes: miedos, ansiedad, depresión, negación. El paciente, a la hora de conocer el diagnóstico, pasa por diferentes fases de adaptación, entre las cuales existe la posibilidad de aceptar conscientemente el reto y la lu-

cha para restablecerse (5,6). Para ello, hay que estar convencido de que la recuperación es posible, pero desgraciadamente se nos ha inculcado la firme creencia de la irreversibilidad del cáncer. Muchos pacientes mantienen nociones preconcebidas que no son exactas, y que a menudo son más temibles que la propia enfermedad, como puede ser considerar el cáncer mortal o hereditario (6).

A la hora de tratar estas dudas o miedos, los profesionales de enfermería somos una pieza clave para el bienestar del paciente. Durante todo el proceso oncológico establecemos un vínculo de confianza donde la comunicación y la información juegan un papel importante. La valoración de las necesidades psicosociales e intervenciones dirigidas a cubrir las necesidades de información, el manejo de la incertidumbre o el control de síntomas, son elementos básicos a la hora de conformar una respuesta de afrontamiento eficaz, pudiendo considerar el afrontamiento no solo por su efecto restaurador, sino también desde el punto de vista preventivo (búsqueda de información), intermediario (búsqueda de apoyo) o necesario para la obtención del equilibrio (7).

Resulta útil conocer los estilos de afrontamiento de cada uno de los pacientes con esta enfermedad, considerándolo un hecho fundamental para el proceso rehabilitador. Con la ayuda de diferentes cuestionarios es posible la evaluación de las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer, necesaria a la hora de definir los objetivos de la intervención y el plan de cuidados precisos para cada paciente (3,7).

OBJETIVOS

Analizar las diferentes escalas y estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes oncológicos a la hora de conocer el diagnóstico o el estado de su enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo la revisión sistemática, se han consultado las siguientes bases de datos: MEDLINE, CINAHL (vía Pubmed), SCOPUS y Web of Science, utilizando como palabras clave: “cáncer”, “cancer”, “afrentamiento”, “coping”, “cuestionarios”, “questionnaires”, “validez”, “validity”, “enfermería” y “nursing”.

Criterios de inclusión:

Artículos científicos donde los pacientes con un diagnóstico de cáncer son la población de estudio, y que además comparten los siguientes criterios:

- Mayores de 18 años, tanto mujeres como hombres.
- Utilización de cuestionarios para valorar el afrontamiento ante el cáncer.
- Análisis de la validez del contenido y la fiabilidad del instrumento.
- Publicaciones indexadas entre 2001 y 2017.

A su vez, se incluyen estudios con cualquier tipo de diseño, utilizando textos tanto en inglés como en castellano.

Criterios de exclusión:

- Estudios que tratan sobre un tipo de cáncer en concreto.
- Pacientes que posean una enfermedad mental como por ejemplo, delirium.
- Estudios que no informan sobre el proceso de desarrollo del cuestionario.

Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionan 13 estudios para realizar la revisión sistemática, siguiendo el orden cronológico como criterio para obtener la estructura de la tabla con las características de los estudios. En el caso de estudios publicados en el mismo año, se emplea el apellido del primer autor siguiendo un orden alfabético. El objetivo de cada artículo es analizar las distintas escalas y evaluar las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados de cáncer, incluyendo el análisis de validez y fiabilidad de los cuestionarios.

Para llevar a cabo la valoración de la ca-

lidad de los estudios empleados, se han utilizado unos criterios de evaluación de calidad preestablecidos para el desarrollo de cuestionarios (ANEXO I), basados en el potencial de sesgo. Uno de los puntos que se determina es el tamaño de la muestra, aunque un tamaño de muestra menor de 80 se considera habitualmente aceptable. Otro punto se basa en la cantidad de revisores implicados en la elección de los ítems de la escala, ya que dos revisores son necesarios para disminuir el riesgo de sesgo. El estudio de elicitación (criterios B 3, 4 y 5) ha sido excluido debido a que los estudios adoptan un instrumento existente, por lo que se obtuvo finalmente un total de 13 criterios de evaluación de calidad.

Los artículos que cumplen con el patrón de calidad reciben una calificación de 1, mientras que los que no cumplen el patrón reciben una puntuación de 0. Un estudio que obtiene una puntuación total mayor o igual a 7, se considera de alta calidad, mientras que una puntuación menor a 7 considera un estudio de baja calidad.

RESULTADOS

Se realiza una búsqueda inicial de datos utilizando los términos indicados anteriormente, de la cual se sintetizan 3901 artículos. De estos, se seleccionan 88 estudios, potencialmente relevantes para cumplir el

objetivo de esta revisión. A continuación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se eligen, tras realizar la lectura del título y resumen, 36 estudios. Finalmente, se realiza la lectura completa de estos 36

estudios, y aplicando de nuevo los criterios para seleccionar los artículos, esta revisión incluye un total de 13 estudios (8-20). Se incluye un diagrama de flujo de la búsqueda realizada en la Figura 1.

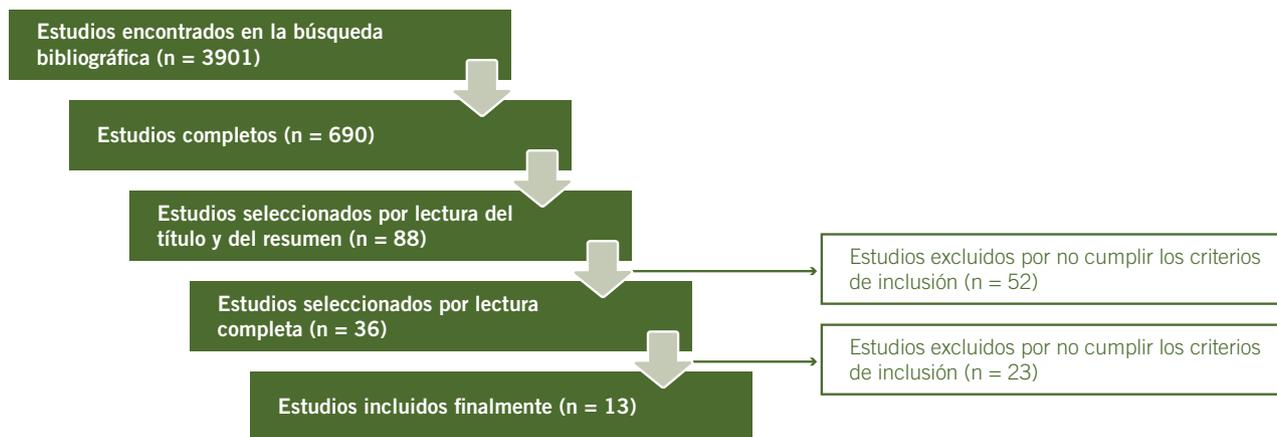


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio: estrategia de búsqueda.

Los artículos seleccionados incluyen distintos tipos de diseño de estudio y diferentes poblaciones en términos de edad, sexo y número de muestra. Haciendo referencia a la edad, los pacientes son mayores de 18 años en todos los casos, y teniendo en cuenta el sexo, los artículos se componen tanto de hombres como de mujeres, a excepción de uno (19) en el que la muestra son únicamente mujeres.

Cada uno de los artículos tiene como objetivo analizar las distintas escalas y evaluar las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes oncológicos al conocer el diagnóstico o el estado de su enfermedad.

Para evaluar la validez de los estudios, se tuvo en cuenta como criterio el α de Cron-

bach. Para medir la fiabilidad se consideró como criterio el análisis de la correlación intraclase y el tes-retest. Todos los estudios incluyen el análisis de la validez y/o la fiabilidad de las escalas, pero no todos hacen referencia al valor numérico que le corresponde a estas medidas. Dadas las propiedades que respaldan la validez y fiabilidad de los cuestionarios, se han encontrado los niveles más altos en el Inventario de Conducta del Cáncer-Versión Breve (8), en el Cuestionario de Necesidades Espirituales (12), en el Cuestionario de Respeto Religioso (14) y en la Escala de Desmoralización-II (18).

Se han identificado trece escalas que plantean evaluar las estrategias de afrontamiento empleadas por pacientes diag-

nosticados de cáncer, incluyendo escalas originales, validaciones a otros idiomas y versiones reducidas de cuestionarios. Cada una de estas medidas se enfoca en una situación, orientada al aspecto biopsicosocial. Así, varios de los cuestionarios hacen referencia a las estrategias cognitivas utilizadas por estos pacientes (15, 16, 19, 20). Otras estrategias empleadas son las dirigidas a la adaptación ante las circunstancias (8-10, 17). Por último, se hace referencia a la necesidad de utilizar mecanismos espirituales, religiosos o de la naturaleza para hacer frente a esta situación (12-14), además de valorar la importancia de síntomas como la ansiedad o la depresión ante el diagnóstico de cáncer (11, 14, 18).

Tabla 1. Características descriptivas de los estudios incluidos para la validación de cuestionarios.

Autor, año	Tipo de estudio o encuesta	Muestra, edad	Objetivo	Escalas	Ítems	Validez/ Fiabilidad	Resultados
Heitzmann et al, 2001 ⁸	Estudio transversal	Muestra1: 735 pacientes. Media de Edad: 51 años. Muestra2: 199 pacientes. Media de Edad: 63 años. Muestra3: 370 pacientes. Media de Edad: 73 años.	Desarrollar una medida breve para el análisis de autoeficacia en el afrontamiento de pacientes oncológicos, utilizando las propiedades psicométricas sólidas del CBI-L.	Inventario de conducta del cáncer-Versión breve (CBI-B).	12 ítems	α de Cronbach: 0,86	El CBI-B es una medida confiable, sólida y válida en el análisis de la autoeficacia para afrontar el cáncer. La correlación del CBI-B y del CBI-L es de 0,95; por lo que podría utilizarse el CBI-B para estimar la eficacia del afrontamiento.
Büssing et al, 2009 ⁹	Encuesta transversal anónima	Muestra: 387 pacientes. Media de Edad: 59,7+/-7,3 años.	Analizar las correlaciones entre las interpretaciones sobre la enfermedad en supervivientes de cáncer y las estrategias adaptativas de afrontamiento.	Cuestionario de interpretación de la enfermedad (IIQ).	8 ítems.	α de Cronbach: 0,73	La mayor parte de los supervivientes de cáncer suponen su enfermedad como un desafío (52%), como valor (38%) o como una interrupción de la vida (35%).
Oliveros et al, 2009 ¹⁰	Estudio descriptivo	Muestra: 31 pacientes. Rango edad: 20-50 años.	Evaluar los estilos de afrontamiento empleados por pacientes diagnosticados de cáncer.	Instrumento psicométrico A.D.C. (Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer)	30 ítems	Validez: 0,75	El 83,8% de los pacientes se sitúa en la categoría orientado al problema, empleando estrategias como la búsqueda de apoyo social o la resolución de problemas. El 9,7% se sitúa en la categoría encaminada a la emoción.

Autor, año	Tipo de estudio o encuesta	Muestra, edad	Objetivo	Escala	Ítems	Validez/ Fiabilidad	Resultados
Pulgar et al, 2009 ¹¹	N.D	Muestra: 78 pacientes. Media de Edad: 58+/-16 años.	Presentar un nuevo instrumento de medida del nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes oncológicos.	Inventario de estrés y estrategias de afrontamiento del cáncer (ISEAC).	15 ítems	N.D	Para los pacientes el área de mayor preocupación es la que hace referencia a la preocupación por el malestar de los familiares y a la situación de emociones negativas. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas van a ser distracción cognitiva, evitación y aceptación estoica de la enfermedad.
Büssing et al, 2010 ¹²	Encuesta transversal anónima	Muestra: 210 pacientes. Media de Edad: 53,7+/-12,2 años.	Desarrollar un instrumento para evaluar la necesidad espiritual, existencial y psicosocial de pacientes oncológicos.	Cuestionario de necesidades espirituales (SpNQ).	19 ítems	α de Cronbach: 0,93	Las necesidades para la paz interior tuvieron las puntuaciones más altas, seguidas por el autocuidado competente. Las puntuaciones de necesidades existencialistas fueron bajas, mientras que las necesidades religiosas no indican interés.
Ahmadi et al, 2013 ¹³	Encuesta cuantitativa	Muestra: 2417 pacientes. Rangos de edad: 18-50 años; 60-69 años; >70 años.	Examinar la importancia de la naturaleza como estrategia de afrontamiento en pacientes con cáncer en Suecia.	Encuesta sueca.	24 ítems	N.D	Se considera la naturaleza como el método de afrontamiento más importante entre los pacientes oncológicos en Suecia. Se obtiene el valor más alto en el factor "la naturaleza ha sido un recurso importante para que usted pueda hacer frente a sus enfermedades", seguido de "escuchar la música natural" y "caminar al aire libre".
Haghighi, 2013 ¹⁴	Estudio descriptivo correlacional	Muestra: 150 pacientes. Media de Edad (mujeres): 45,87+/-14,77 años. Media de Edad (hombres): 49,03+/-19,75 años.	Determinar la relación entre el afrontamiento religioso y la depresión en pacientes diagnosticados de cáncer.	- Cuestionario religioso de afrontamiento (RCOPE) - Inventario de depresión de Beck (BDI)	- 20 ítems - 21 ítems	- α de Cronbach: 0,98	El asesoramiento individual/familiar, la psicoterapia y el aumento en las creencias religiosas, hacen que se acepte mejor la enfermedad. El método de afrontamiento religioso fue efectivo para reducir la depresión.
Calderón et al, 2015 ¹⁵	N.D	Muestra: 126 pacientes. Media de Edad: 49,59 años.	Adaptar el Mini-MAC al español y comprobar sus propiedades psicométricas en pacientes colombianos diagnosticados de cáncer.	Mini-MAC (MAC: Escala de Ajuste Mental al Cáncer)	29 ítems	α de Cronbach: > 0,6	La versión en español del Mini-MAC demostró su validez y su sólida estructura factorial, constituyendo una herramienta adecuada para para la evaluación del afrontamiento en cáncer. Se mantuvieron las subescalas: indefensión/desesperanza (ID), preocupación ansiosa (PA), evitación/negación (EN) y espíritu de lucha (EL).

Autor, año	Tipo de estudio o encuesta	Muestra, edad	Objetivo	Escalas	Ítems	Validez/ Fiabilidad	Resultados
Patoo et al, 2015 ¹⁶	Muestreo no aleatorio	Muestra: 320 pacientes. Rango edad: 18-85 años.	Examinar las propiedades psicométricas y la estructura de factores de la escala Mini-MAC en una muestra de adultos iraníes diagnosticados de cáncer.	Mini-MAC (MAC: Escala de Ajuste Mental al Cáncer)	29 ítems	α de Cronbach: 0,84	Los resultados indican que la versión iraní del Mini-MAC es un instrumento válido y fiable para medir la forma en la que los pacientes se ajustan y se enfrentan al cáncer. Se confirma la estructura de cinco factores de la escala Mini-MAC iraní.
Alonso-Tapia et al, 2016 ¹⁷	N.D	Muestra: 430 pacientes. Rango edad: 20-60 años.	Desarrollar y aprobar el SCQA, el cual evalúa afrontamiento en cinco contextos diferentes.	Cuestionario de afrontamiento para adultos (SCQA)	8 ítems	N.D	El SCQA ha demostrado ser un cuestionario válido y fiable para evaluar afrontamiento desde una perspectiva situacional y en diferentes poblaciones. La situación influye en la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento.
Robinson et al, 2016 ¹⁸	Estudio observacional	Muestra: 211 pacientes. Media de Edad: 70,98+/-12 años.	Revalidar la Escala de Desmoralización y su estructura de dos factores (significado y finalidad, y capacidad de afrontamiento) en pacientes con cáncer.	Escala de desmoralización-II (DS-II)	16 ítems	Fiabilidad interna: 0,89 Fiabilidad test-retest (correlación intraclass): 0,80	El DS-II posee propiedades psicométricas sólidas, siendo una medida adecuada de desmoralización en pacientes oncológicos. El DS-II ha demostrado validez convergente con medidas de angustia psicológica, calidad de vida y actitudes hacia el final de la vida. Ha indicado también validez discriminante, ya que la comorbilidad con depresión no se observó en niveles moderados de desmoralización.
Vandenbroucke et al, 2016 ¹⁹	Estudio ambispectivo	Muestra: 61 pacientes. Rango edad: 22-42 años.	Identificar a las mujeres embarazadas en riesgo de altos niveles de angustia basados en su perfil de afrontamiento.	- Cuestionario de cáncer y embarazo (CPQ). - Cuestionario sobre la regulación de las emociones cognitivas (CERQ).	- 40 ítems - 27 ítems	- α de Cronbach: 0,78 - α de Cronbach: 0,71	Se ha encontrado asociación entre el uso de estrategias cognitivas de afrontamiento y el nivel de angustia. Las mujeres que usan estrategias de afrontamiento internas tienen los niveles de angustia más altos, en comparación con las que usan estrategias positivas o culpables.
Baumstarck et al, 2017 ²⁰	Estudio transversal	Muestra: 398 pacientes. Media de Edad: 58,2 años.	Desarrollar una nueva estructura francesa de cuatro factores del breve inventario COPE para la evaluación del afrontamiento.	Breve COPE (Inventario de orientación de afrontamiento a problemas experimentados)	28 ítems	α de Cronbach: 0,76	La estructura de cuatro factores (apoyo social, resolución de problemas, evitación y pensamiento positivo) demostró propiedades psicométricas satisfactorias.

Fuente: Elaboración propia (8-20)

Los resultados de la evaluación de calidad de los estudios incluidos, se representan a continuación en una tabla de evidencia (Tabla 2), obteniéndose finalmente un total de 13 criterios de evaluación de calidad.

La puntuación total de los estudios varía de

6 a 11, indicando que todos los estudios se consideran de alta calidad a excepción de uno (10).

La mayoría de las carencias en cuanto a requisitos metodológicos hacen referencia al cálculo de la potencia estadística (100%

de los estudios), a la representatividad de la muestra (92,3% de los estudios), al número total de ítems en cada cuestionario mayor o igual a 40 (92,3 de los estudios) y a la obtención de la aprobación ética (53,8 % de los estudios).

Tabla 2. Resultados de la evaluación de calidad para la validación de cuestionarios.

Estudio	A1	A2	B3	B4	B5	C6	C7	C8	C9	C10	D11	E12	E13	E14	F15	G16	Total
Heitzmann et al, 2001 ⁸	1	1	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	11
Büssing et al, 2009 ⁹	1	1	-	-	-	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	8
Oliveros et al, 2009 ¹⁰	1	1	-	-	-	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	6
Pulgar et al, 2009 ¹¹	1	1	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	8
Büssing et al, 2010 ¹²	1	1	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	10
Ahmadi et al, 2013 ¹³	1	1	-	-	-	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	7
Haghighi, 2013 ¹⁴	1	1	-	-	-	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	9
Calderón et al, 2015 ¹⁵	1	1	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	9
Patoo et al, 2015 ¹⁶	1	1	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	9
Alonso-Tapia et al, 2016 ¹⁷	1	1	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	10
Robinson et al, 2016 ¹⁸	1	1	-	-	-	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	9
Vandenbroucke et al, 2016 ¹⁹	1	1	-	-	-	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	7
Baumstarck et al, 2017 ²⁰	1	1	-	-	-	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	9

Fuente: Elaboración propia (21)

DISCUSIÓN

Las distintas escalas incluidas en esta revisión sistemática se consideran válidas y fiables para evaluar el afrontamiento ante un diagnóstico de cáncer, siendo las más utilizadas la escala Mini-MAC y el cuestionario Breve-COPE (3), debido a la facilidad de cumplimentación por tratarse de escalas reducidas de las versiones originales, además de evaluar diferentes áreas impor-

tantes en este ámbito.

Dadas las propiedades psicométricas que respaldan la confiabilidad y la validez de las escalas, pueden considerarse como un método útil de cribado (8, 9) o como un instrumento apropiado para facilitar la práctica y la investigación clínica (10, 15, 20).

Esta revisión sistemática se ha realizado con el objetivo de analizar las diferentes escalas y estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes oncológicos a la hora de conocer el diagnóstico o el estado de su enfermedad.

Como se ha comentado anteriormente, la utilización de estrategias de afrontamiento

en pacientes oncológicos varía en función de la situación de cada persona (17, 23). Estas habilidades pueden ser centradas en el problema (83,8% de la población de estudio), las cuales son empleadas por pacientes con posibilidades de recuperación, o centradas en la emoción (9,7% de la población de estudio), destacando éstas últimas como fundamentales ya que contribuyen a situaciones que deben ser aceptadas, facilitando así la adaptación del paciente a un diagnóstico de cáncer sin posibilidad de recuperación (3, 10). Cabe destacar, que el asesoramiento tanto individual como familiar y la psicoterapia refuerzan el hecho de aceptar mejor la enfermedad (14).

Según indica el inventario ISEAC (Inventario de Estrés y Estrategias de Afrontamiento del Cáncer) (11), las áreas de mayor estrés indicadas por los pacientes oncológicos son la preocupación por el malestar de la familia y emociones negativas como la angustia o la depresión. En este caso, las estrategias más utilizadas son la distracción cognitiva, la evitación y la aceptación estoica de la enfermedad. Otros cuestionarios, consideran las necesidades para la paz interior (12) y la naturaleza (13) como método eficaz de afrontamiento ante el cáncer.

Acerca de las creencias religiosas, existe controversia, ya que uno de los estudios indica que el aumento de las creencias religiosas ayuda a disminuir la depresión y así aceptar mejor la enfermedad (14), mientras que otro señala que las necesidades religiosas no muestran interés (12).

Por último, la mayoría de los supervivientes de cáncer considera la enfermedad como un desafío (9), mostrando una actuación resistente en lo referido al bienestar social y al crecimiento personal. Por el contrario, estos pacientes muestran un funcionamiento psicológico más escaso en campos referidos a estado de ánimo y salud mental (24). Existe un gran miedo a la recurrencia del cáncer, cada vez más reconocido por personas que han finalizado el proceso oncológico. Hay diferentes escalas de evaluación de recurrencia del cáncer, como son *Fear of Progression Questionnaire* (FoP-Q) o *Fear of Cancer Recurrence Inventory* (FCRI); sin embargo, todavía no existe ningún instrumento de referencia para valorar este dominio (25).

La revisión sistemática es una parte fundamental en la práctica basada en la evidencia, adquiriendo como fortaleza la síntesis de resultados de varias investigaciones an-

teriores. Este tipo de diseño retrospectivo y observacional enlaza diferentes estudios que investigan una misma pregunta. Para llevar a cabo una buena práctica clínica, es necesaria una síntesis de la evidencia disponible. La revisión sistemática supone uno de los mejores instrumentos para combinar resultados de distintas investigaciones, pero al tratarse de análisis retrospectivos, puede dar lugar a conclusiones sesgadas (26).

Como se ha nombrado en el párrafo anterior, los sesgos se consideran una limitación metodológica en este tipo de estudio. Otros aspectos que pueden poner en duda la validez de los resultados en la revisión sistemática, son la calidad de los estudios originales incluidos o la variabilidad entre estudios. Las investigaciones suelen ser realizadas en distintos ámbitos, con pacientes que pueden poseer características no similares o incluso con resultados muy diferentes. La diversidad entre los diferentes artículos que se combinan puede llegar a afectar de forma importante a los resultados, por lo que se deberá investigar la posible heterogeneidad de las fuentes y su influencia en los resultados (26).

6. CONCLUSIÓN

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer supone una situación emocionalmente difícil, tanto para el paciente como para los familiares. En fundamental valorar las necesidades psicosociales y las intervenciones dirigidas a conformar una respuesta de afrontamiento eficaz, en función de las variables de cada paciente, además de apreciar la importancia de una buena comunicación a lo largo de todo el proceso oncológico.

Se consideran los cuestionarios como instrumentos útiles de recogida de información, para favorecer así, la labor de la enfermera en lo referido al manejo de las diferentes situaciones de cada paciente a la hora de conocer el diagnóstico de su enfermedad. La importancia de la práctica enfermera en este ámbito resulta fundamental en la mejora de la calidad de

vida de estos pacientes. El profesional de enfermería emplea la promoción y la recuperación de la salud, fomentando el autocuidado del paciente tras el diagnóstico. La enfermera ofrece confianza, cuida y apoya al paciente oncológico, además de poseer la habilidad de disminuir el grado de incertidumbre, analizando las diferentes situaciones y proporcionando la información necesaria para una mejora del bienestar específica para cada paciente. Un afrontamiento eficaz ayuda al paciente a aceptar, manejar y sobreponerse a su enfermedad, proporcionando así una mejora de la calidad de vida.

Por último, haciendo referencia a futuras investigaciones, cabe destacar que los principales estudios referidos al afrontamiento ante el cáncer utilizan diseños cuantitativos. Se considera necesaria la

utilización de estudios cualitativos para obtener una comprensión trascendente de las razones, los procesos y los tipos de estrategias que los pacientes oncológicos utilizan para tratar su enfermedad. La necesidad de hacer frente al cáncer es un área de interés en psico-oncología, por lo que es importante la investigación cualitativa para profundizar en los procesos de afrontamiento poniendo la situación del paciente como una prioridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el cáncer [Internet]. [Acceso 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
2. Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas del cáncer [Internet]. [Acceso 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
3. Amador Sastre B, Arranz Castillo de Albornoz P, Barreto Martín P, Bayón Pérez C, Capilla Ramírez P, Costa Cabanillas M, et al. Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. 1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2013.
4. Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. Boletín de Psicología. 2002; 1: 73-85.
5. Ferrero Berlanga J. El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. 1ª ed. Valencia: Promolibro; 1993.
6. Gómez Sancho M. Diagnóstico de cáncer, ¿cómo decirselo?. 1ª ed. Madrid: Aran Ediciones; 2005.
7. De la Torre Gálvez I, Cobo Dols MA, Mateo Rodríguez T, Vicente Peralta LI. Cuidados enfermeros al paciente oncológico. 1ª ed. Málaga: Vértice; 2008.
8. Merluzzi T V., Nairn RC, Hegde K, Sanchez MAM, Dunn L. Self-efficacy for coping with cancer: Revision of the cancer behavior inventory (version 2.0). Psychooncology. 2001; 10:206-17.
9. Büssing A, Fischer J. Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. BMC Womens Health. 2009; 9:2.
10. Oliveros Ariza E, Barrera Cárdenas M, Martínez S, Pinto T. Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. Rev Psicol GEPU [Internet]. 2010; 1:19-29. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4392153&info=resumen&idiotoma=ENG>
11. Pulgar MÁ, Garrido S, Muela JA, Reyes Del Paso GA. Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). Psicooncología. 2009; 6:167-90.
12. Büssing a, Balzat HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer- Validation of the Spiritual Needs Questionnaire. Eur J Med Res. 2010; 15: 266-273.
13. Ahmadi F, Ahmadi N. Nature as the Most Important Coping Strategy Among Cancer Patients: A Swedish Survey. J Reli Heal [Internet]. 2013; 1177-90. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=24363200
14. Haghighi F. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. Psychiatr Danub. 2013; 25:236-40.
15. Román JP, Krikorian A, Palacio C. Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini-MAC en población colombiana. Av en Psicol Latinoam [Internet]. 2015; 33:531-44. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3157>
16. Pato M, Allahyari AA, Moradi AR, Payandeh M. Iranian Version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: Factor Structure and Psychometric Properties. J Psychosoc Oncol [Internet]. 2015; 33:675-85. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2015.1082169>
17. Alonso-Tapia J, Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Ruiz M, Nieto C. Coping assessment from the perspective of the person-situation interaction: Development and validation of the Situated Coping Questionnaire for Adults (SCQA). Psicothema. 2016; 28:479-86.
18. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Hemp-ton C, Michael N, Fischer J, et al. Refinement and revalidation of the demoralization scale: The DS-II—external validity. Cancer. 2016; 122:2260-7.
19. Vandembroucke T, Han SN, Van Calsteren K, Wilderjans T, Van den Bergh B, Claes L, et al. Psychological distress and cognitive coping in pregnant women diagnosed with cancer and their partners. Psychooncology. 2016; (October):1-7.
20. Baumstarck K, Alessandrini M, Hamidou Z, Auquier P, Leroy T, Boyer L. Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief COPE inventory. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2017; 15:8. Disponible en: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0581-9>
21. Oluka OC, Nie S, Sun Y. Quality assessment of TPB-based questionnaires: A systematic review. PLoS One. 2014; 9.
22. Cano A. Control Emocional, Estilo Represivo De Afrontamiento Y Cáncer: Ansiedad Y Cáncer. Psicooncología Investig y clínica biopsicosocial en Oncol [Internet]. 2005; 2:71-80. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSI-C0505120071A/16099>
23. Miller SM. Monitoring versus Blunting Styles of Coping with Cancer Influence the Information Patients Want and Need about Their Disease: Implications for Cancer Screening and Management. Cancer. 1995; 76:167-77.
24. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a National Survey of Health and Well-being. Health Psychol. 2009; 28: 147-156.
25. Costa DSJ, Smith A "Ben", Fardell JE. The sum of all fears: conceptual challenges with measuring fear of cancer recurrence. Support Care Cancer. 2016; 24:1-3.
26. Caro DA, Bio-bío U. Revisiones Sistemáticas de la Literatura Contenido Contenido. 2008; 1:1-19.

Anexo I. Criterios de evaluación de calidad para el desarrollo de cuestionarios (21)

A	1. ¿Definición de población de interés?
	2. ¿Definición del estado clínico y / o comportamiento de interés?
B	3. ¿Estudio de elicitación realizado para creencias destacadas? En caso afirmativo,
	4. ¿Diseño del estudio / modo de administración indicado (grupos de enfoque / preguntas individuales o por correo)?
	5. ¿Son participantes de la población objetivo?

Anexo I. Criterios de evaluación de calidad para el desarrollo de cuestionarios (21)	
C	6. ¿Es más de un revisor / experto involucrado en la elección de los ítems del cuestionario?
	7. ¿Son todos los constructos representados?
	8. ¿Inclusión de medidas directas e indirectas?
	9. ¿Inclusión de preguntas sobre datos demográficos?
	10. ¿Número total de elementos del cuestionario ≥ 40 ?
D	11. ¿Fue un estudio piloto realizado?
E	12. ¿Se realizó el cálculo de la potencia estadística para el estudio final?
	13. ¿Número total de participantes ≥ 80 ?
	14. ¿Es una muestra representativa de la población estudiada (mayor tasa de respuesta o características comparadas entre respondedores y no respondedores)?
F	15. ¿Aprobación ética obtenida?
G	16. ¿Análisis de datos realizado para la validez / fiabilidad del contenido?

Lectura: Los estudios con puntuación ≥ 7 se consideran de "alta calidad" (Grado A), mientras que los < 7 se clasifican como de "baja calidad" (Grado B).



REVISIÓN DE LA ASTENIA RELACIONADA CON EL CÁNCER: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Adriana López De la Fuente; Patricia Beorlegui Murillo

adlopezdlf@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El comité de expertos americanos de la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN) ¹ define la fatiga relacionada con el cáncer (FRC), también conocida como astenia y/o cansancio, como un cansancio persistente, subjetivo e inusual, no proporcional al grado de actividad realizado y que repercute en la calidad de vida de los pacientes. Se considera uno de los síntomas más importantes asociados al cáncer y a su tratamiento ² y afecta entre el 70-100 % de los pacientes oncológicos en algún momento de su enfermedad ³ y puede persistir después de acabar con el tratamiento ⁴.

Es un fenómeno multifactorial que deteriora la calidad de vida del paciente, con repercusiones físicas, psicológicas, sociales y laborales y puede persistir durante meses o incluso años^{4,5,6}.

Las causas de la FRC no se conocen completamente, pero se identifican algunos factores que influyen sobre esta como el tipo de tratamiento, la anemia, interrupción del sueño, el estrés, la mala alimentación, la inactividad y la medicación⁷.

En torno a esta manifestación existe un gran desconocimiento y es uno de los síntomas que más preocupan al enfermo, incluso más que el dolor, y al que se le presta poca atención. Los profesionales de la salud consideran que a este síntoma no se le da la importancia que tiene ^{8,9}. Por ello, no se aplican los medios diagnósticos necesarios para identificar sus causas y poder disminuirlas en la medida de lo posible^{10,11}.

La NCCN ha desarrollado una guía para el manejo de la FRC donde inicialmente se tratan los factores como el dolor, las alteraciones en el sueño, la anemia, la nutrición, el aumento de la actividad física, el manejo de los efectos secundarios, entre otros, que pueden incidir directamente en ella y añaden las intervenciones no farmacológicas como son las terapias psicológicas y el ejercicio físico^{1,12}. Afirman que el reposo continuo en el paciente oncológico es desfavorable puesto que deriva a la pérdida de la masa muscular y disminución del volumen cardiaco y esto conlleva a la disminución de la tolerancia para realizar las actividades de la vida diaria ⁷. Por todo ello está siendo una de las áreas prioritarias de investigación del paciente oncológico.

Teniendo estos aspectos en cuenta, los objetivos de esta revisión bibliográfica son identificar la repercusión que tiene la FRC en el paciente, explorar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería y la valoración en su práctica clínica e identificar las diferentes estrategias dirigidas para el manejo de la FRC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para alcanzar dichos objetivos se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases datos: Pubmed, Cinahl y Cochrane.

Los límites introducidos para realizar las búsquedas han sido: Fecha de publicación de los artículos en los últimos diez años, idioma de publicación: inglés y/o español, disponibilidad del texto completo y dirigidos a pacientes mayores de dieciocho años.

La estrategia de búsqueda que se ha llevado a cabo ha sido mediante el booleano "AND". Se introdujeron las palabras clave: "cáncer related fatigue" "oncology" "nurs*".

Los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los estudios fueron los siguientes:

Criterios de Inclusión:

- Estudios que abordasen las percepciones intra-personales de pacientes.
- Estudios que abordasen el nivel de conocimiento de los profesionales.
- Estudios tipo Ensayos Clínicos para comprobar diversas intervenciones en el manejo de la FRC

Criterios de Exclusión:

- Estudios cuyos participantes fueran niños.
- Estudios que incluyeran percepciones sobre las intervenciones.

Se utilizó la técnica de “Snow-Ball” donde se encontró una revisión bibliográfica, la guía del comité de expertos americanos de la Red Nacional Integral del Cáncer.

RESULTADOS

Se han localizado 177 artículos de los cuales se han seleccionado 16 de ellos. 2 artículos corresponden a la percepción que tienen los pacientes, 10 hablan sobre el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería y la valoración en su práctica clínica y 4 tratan sobre los efectos que tiene varias estrategias en la FRC en el paciente oncológico, bien sea en tratamiento activo o supervivientes.

Percepciones que tienen los pacientes sobre la FRC:

Uno de los artículos seleccionado para identificar la percepción que tienen los pacientes sobre la FRC consiste en un análisis cualitativo donde participan 280 pacientes⁵. El propósito de este estudio fue describir el significado, las causas, el impacto y los factores que alivian la FRC según la percepción del paciente⁵.

Existen pocas investigaciones sobre el significado que tiene la FRC para los pacientes, en este artículo lo definen según la capacidad funcional y el bienestar emocional. Describen la FRC como la incapacidad para funcionar a niveles normales, disminuyendo la capacidad para participar en actividades y el disfrute de las mismas⁵.

Encontraron que las causas más frecuentes que producen la FRC eran las alteraciones en el sueño relacionados con otros síntomas, como el dolor, los problemas sociales, el propio tratamiento y la inactividad⁵.

Los pacientes consideran que es un síntoma negativo puesto que lo describen como fluctuante, interminable, emocionalmente lábil y deprimente. Genera un gran impacto social con sus seres queridos o familiares ya que supone una pérdida de su rol, de su dependencia y disminuye su satisfacción, convirtiéndose en personas vulnerables. Un participante describe su incapacidad funcional como “incapacidad para funcionar a todos los niveles. Esta incapacidad me frena. Tiendo a esforzarme a lo largo del día, y cuando el día termina estoy agotado”⁵.

Produce que los pacientes sufran una pérdida de sentido, dejan de realizar las actividades que les hacen disfrutar e incluso la capacidad para trabajar⁵.

Según los participantes, la relajación y la actividad física mejora la FRC ya que proporcionan una razón para levantarse y ponerse en movimiento⁵. También añaden que el control del resto de síntomas, como los analgésicos en el caso del dolor son útiles. Describen que el uso de distracciones como la lectura y la meditación pueden ser favorecedores⁵.

En el segundo estudio que da respuesta a este objetivo compara el significado que tiene el dolor y la FRC para el paciente¹³. Los resultados fueron que los oncólogos pensaban que el dolor preocupaba más que la FRC a los pacientes (61% frente al 37%), mientras que los pacientes consideraban que la FRC repercutía más que el dolor en su calidad de vida (61% frente al 19%). Este fenómeno puede ser consecuencia de que el profesional sanitario considere que la FRC no supone un riesgo vital inminente en el paciente¹³.

Nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería y la valoración en su práctica clínica:

Como anteriormente se ha descrito, la FRC puede estar influenciada por múltiples factores y añadiendo que es un síntoma subjetivo, la valoración y el tratamiento pueden ser complejos⁹. Por esta razón, el nivel de conocimientos se ve alterado y dificulta notablemente su valoración y medición¹⁴. Además, los profesionales de la salud consideran que no se le da la importancia que tiene a este síntoma y consideran que está infravalorado^{8,9}.

La consecuencia de todo ello es que el profesional de enfermería no tenga este cuidado como algo prioritario y no se realice una correcta valoración y no se empleen las recomendaciones necesarias para su disminución¹⁵.

Para realizar una correcta valoración, existen distintas escalas que permiten identificar el grado de FRC. La mayoría de ellas están va-

lidadas en lengua inglesa. En la bibliografía consultada una escala frecuentemente utilizada por varios autores y validada, es la escala FACT^{8,11,14,16,17}. Entre otros motivos, se destaca que es un instrumento simple y breve y además su traducción está validada en castellano^{14,17}. Para evaluar la FRC, se utiliza la subescala FACT-F que incluye 13 ítems específicos (Véase Anexo 1). Cada ítem presenta un rango de puntuaciones de 0 a 4, siendo 52 la máxima puntuación posible que indica un grado severo de FRC¹⁷.

Gran parte de las herramientas que evalúan la FRC en el paciente oncológico únicamente se centran en la presencia e intensidad de este síntoma¹⁸. También existen herramientas donde examinan su impacto sobre la función cognitiva, la actividad física y la situación socio-emocional^{19,20}.

Diferentes estrategias dirigidas al manejo de la FRC:

Se han encontrado 4 revisiones que evalúan las intervenciones dirigidas al manejo de la FRC. Tres de ellas son revisiones sistemáticas con meta-análisis^{21,22,23} y la cuarta es una revisión bibliográfica¹². En ellas se evalúan el ejercicio físico, el tratamiento farmacológico y no farmacológico y la terapia psicológica.

Algunos estudios afirman que el reposo continuo es contraproducente puesto que deriva a la pérdida de la masa muscular y disminución del volumen cardíaco y esto conlleva a la disminución de la tolerancia para realizar las actividades de la vida diaria^{7,21}.

A continuación se detalla cada una de las medidas estudiadas para la disminución de la FRC:

1.- Ejercicio físico:

Se han encontrado cuatro revisiones que abordan el ejercicio físico con resultados estadísticamente significativos^{12,21,22,23}. En cada uno de los ensayos clínicos incluidos en estas revisiones abordan diferentes tipos de ejercicios, estos son: ejercicio anaeróbico, siendo los ejercicios de resistencia y flexibilidad los más estudiados, y el ejercicio aeróbico siendo el más común caminar a un ritmo ligero y de forma continuada y la bicicleta.

Estos dos tipos de ejercicios, tanto el aeróbico como el anaeróbico, son igual de efectivos, bien sea realizado por separado o de forma combinada^{12,21,22,23}. También es objeto de estudio, técnicas como son el yoga, taichí, pilates, y/o *stretching*^{12,21,22,23}.

Las cuatro revisiones confirman el efecto positivo en la reducción de la FRC.

Solamente en un meta-análisis²¹, se demuestra que ciertas medidas pueden ser más eficaces en diferentes momentos del proceso del tratamiento oncológico. Uno de los resultados a destacar es que parece que la efectividad del ejercicio físico es mayor cuando los pacientes están en la primera línea de tratamiento²¹.

La mayoría de los estudios incluidos tienen como población diana los pacientes con cáncer de mama, aunque existen 18 ensayos clínicos aleatorizados²² y 60 ensayos²¹ en pacientes con diferentes diagnósticos como son el cáncer de colon, próstata o neoplasia hematológica²².

Actualmente, no existe un consenso respecto al tipo de ejercicio, duración o momento de realizarlo²². No hay evidencia suficiente como para recomendar una duración específica del tiempo de ejercicio. A pesar de ello, se recomienda realizar treinta minutos de moderada actividad varios días a la semana. Así mismo, algunos estudios observacionales y de intervención sugieren que los pacientes que realizan entre tres y cinco horas de actividad moderada cada semana, están experimentando mejores resultados y tienen una reducción en la FRC^{21,22,23}.

2.- Tratamiento no farmacológico:

Las medidas no farmacológicas más estudiadas son la terapia psicológica y las intervenciones psicoeducativas dirigidas a disminuir la FRC^{12,21}. Estas medidas están abordadas en 2 de las revisiones incluidas^{12,21}.

Estas terapias consisten en proporcionar terapias psicológicas, terapias para mantener una higiene del sueño eficaz, brindar apoyo emocional, orientar al paciente sobre qué es la astenia y dar recomendaciones para su autogestión. Su efectividad está demostrada en 55 ensayos clínicos incluidos en estas dos revisiones^{12,21}. Parece que está demostrado el efecto positivo que pueden tener las intervenciones psicoeducativas, el entrenamiento físico, la psicoeducación, la nutrición, los masajes, la relajación, la meditación, *mindfulness*, el manejo del estrés y la mejora de la calidad del sueño.

También la terapia psicológica está estudiada en combinación con el ejercicio físico. Existen 10 ensayos clínicos aleatorizados²¹ con resultados inconsistentes cuando el método de reducción de la FRC es la combinación de estas dos medidas. Se concluye que la intervención psicológica y la combinación de ésta junto con el ejercicio, ofrecen mejores resultados cuando ya se ha completado el

tratamiento primario o está dirigida a pacientes supervivientes sin tratamiento activo²¹.

Los resultados de esta revisión sugieren que el efecto de la medida estudiada siempre va a depender del estadio de la enfermedad, del estado basal del paciente, del tratamiento recibido y de aspectos o características psicológicas del paciente²¹.

3.- Tratamiento farmacológico:

Los tratamientos farmacológicos estudiados son los fármacos siguientes: Paroxitina (antidepresivo), Modafinilo (neuroestimulante), Metilfenidato (psicoestimulante), Anfetaminas (estimulante) y Metilprednisolona (glucocorticoesteroide)^{12, 21}. A pesar de existir este tipo de tratamiento para este síntoma tiene pequeñas mejoras en comparación con los tratamientos no farmacológicos²¹.

CONCLUSIONES

La FRC es un síntoma complejo, multicausal y multidimensional. Los pacientes con cáncer lo perciben como un síntoma negativo, puesto que lo describen como fluctuante, e interminable. Además, pierden el interés por otro tipo de actividades y genera un impacto social negativo, incluyendo problemas de empleo, falta de interacción con otros e incluso fracaso del matrimonio. El paciente no sólo padece una enfermedad, sino que también expresa cómo la vive, se siente, hablando de sus incertidumbres y cambios experimentados. Existe poca evidencia científica que valore las percepciones del paciente oncológico y sería enriquecedor realizar estudios cualitativos donde se valore la experiencia del mismo en relación con FRC.

Las enfermeras prestan un papel vital en el avance de la comprensión de este síntoma. En la práctica clínica, una forma sencilla de detectar la presencia e intensidad de la FRC puede ser el empleo de una escala numérica.

Gran parte de las herramientas que evalúan la astenia en el paciente oncológico únicamente se centran en la presencia e intensidad de este síntoma. También existen herramientas donde examinan su impacto sobre la función cognitiva, la actividad física y la situación socio-emocional. Las evaluaciones cognitivas, como la percepción, pueden ser componentes importantes para entender cómo los pacientes derivan el significado y el sufrimiento del cáncer y sus síntomas relacionados. Para evaluar completamente el impacto de un síntoma específico en el bienestar general de los pacientes, puede ser necesario también evaluar el significado personal y el sufrimiento relacionado con los síntomas. Los profesionales de enfermería están en un buen lugar para valorar la presencia de la FRC en el paciente oncológico desde la primera visita, realizando posteriormente reevaluaciones periódicas con el objetivo de iniciar un tratamiento precoz y eficaz.

Esta revisión proporciona evidencia suficiente como para confirmar que el ejercicio es beneficioso en el manejo de la FRC durante y después del tratamiento oncológico. Con estos resultados es recomendable animar a todos los pacientes a mantener una actividad física moderada. El programa de ejercicio tendría que ser individualizado basado en las características del paciente. La Asociación Americana de Medicina del Deporte²⁴ afirma que es necesaria más investigación para determinar el tipo de ejercicio, la duración del mismo y la intensidad con la que se hace. Es posible que los programas de ejercicio deban modificarse para permitir días "inactivos" en el ciclo de tratamiento, esto puede significar evitar o reducir el ejercicio en días en que los efectos secundarios del tratamiento son más pronunciados. En el caso de la radioterapia, puede ser necesario reducir el ejercicio, o en algunos casos evitarlo, hacia el final del tratamiento y/o en las primeras semanas después del tratamiento. Por todo esto los profesionales de enfermería pueden y deben aconsejar la realización de ejercicio físico siempre que no haya contraindicación y sería bueno contar con un equipo de profesionales, como son los fisioterapeutas y expertos en terapia física, que ayudasen a las enfermeras a llevar a cabo esta medida.

Respecto a los participantes que forman parte de estos estudios, cabe destacar que casi el 50% de son mujeres con cáncer de mama o supervivientes de cáncer de mama^{21, 22}. Esto hace pensar que sería bueno aumentar las investigaciones en otro tipo de pacientes con diferentes neoplasias.

Respecto a la terapia psicológica, se ha demostrado su eficacia cuando la medida estudiada solamente es esa, pero hay resultados inconsistentes en los estudios que combinan la terapia psicológica y el ejercicio físico. Esto podría ser debido a que los pacientes presentan una menor adherencia a la terapia y/o ejercicio recomendado. En los estudios encontrados esta menor adherencia al tratamiento lo justifican con dos motivos, por una parte, por la disminución de la motivación en el paciente y, por otra parte, porque en los estudios realizados incluyeron pacientes con necesidades especiales. Sería bueno realizar más investigación que incluya esta combinación, teniendo evidencia de la eficacia de cada una de ellas por separado.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Comprehensive Cancer Network, (2014). Cancer-related fatigue. USA. 2017. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf
2. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Monográfico de Largos Supervivientes en Cáncer. SEOM: Madrid. 2012. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf
3. Mock V, Frangakis C, Davidson NE, Ropka ME, Pickett M, Poniowski B, et al. Exercise manages fatigue during breast cancer treatment: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2005; 14: 464–77.
4. Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F, Mock V. Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *Lancet*. 2003; 362: 640–50.
5. Borneman T, Piper BF, Koczywas M, et al. A Qualitative Analysis of Cancer-Related Fatigue in Ambulatory Oncology. *Clin J Oncol Nurs*. 2012; 16 (1):10.
6. Flechtner H, Bottomley A. Fatigue assessment in cáncer clinical trials. *Experts Reviews in Pharm Out Research*. 2002; 2: 67–76.
7. Fernández Rodríguez, E. Estudio piloto abierto aleatorizado de la intervención no farmacológica en el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica. *Rev. Ast T.Ocup*. 2013; 10: 3-10.
8. Godino C, Jodar L, Durán A, et al. Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. *Eur. J. Oncol. Nurs*. 2005; 10:150 -155.
9. González M, Andreu M, Ordóñez A. La astenia en el paciente con cáncer. *Rev. Oncol*. 2001; 3: 292-299.
10. Haro L, Ortega C, De las Heras M, Poyatos A, et al. Evaluación de la astenia en pacientes oncológicos avanzados y una propuesta de intervención psicológica. *Psicooncología*. 2011; 8(1): 21-30.
11. Piper BF, Borneman T, Sun VC, Koczywas M, Uman G, Ferrell B, et al. Cancer-related fatigue: role of oncology nurses in translating National Comprehensive Cancer Network assessment guidelines into practice. *Clin J Oncol Nurs*. 2008; 12(5):37-47.
12. Mitchell SA, Hoffman AJ, Clark JC, DeGennaro RM, Poirier P, et al. Putting evidence into practice: an update of evidence-based interventions for cancer-related fatigue during and following treatment. *Clin. J. Oncol. Nurs*. 2014; 8(6):38-58.
13. Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D, et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: Results of a tripart assessment survey. *Semi. Hematology*. 1997; 34: 4-12.
14. Dapuetto JJ, Abreu MC, Francolino C, Levin R. Psychometric Assessment of the MSAS-SF and the FACIT-Fatigue Scale in Spanish-Speaking Patients with Cancer in Uruguay. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 47(5):936-945.
15. Griffie J, Godfroy J. Improving cancer-related fatigue outcomes. *Clin. J. Oncol. Nurs*. 2014; 18:21–24.
16. Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an american society of clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *J. Clin. Oncol*. 2014; 32: 1840-1850.
17. Cella D, Hernández L, Harm D, Vaquero M, Baez L, et al. Spanish language translation and initial validation of the functional assessment of cancer therapy quality-of-life instrument. *Medical Care*. 1998; 36 (9):1407-1418.
18. Berger AM, Abernethy AP, Atkinson A, et al. Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer- Related Fatigue. *J Natl Compr Canc Netw* .2010; 8:904-931.
19. Jean-Pierre P, Figueroa-Moseley CD, Kohli, S, et al. Assessment of cancer-related fatigue: implications for clinical diagnosis and treatment. *The Oncol*. 2007; 12: 11-21.
20. Minton O, Stone P. A systematic review of the scales used for the measurement of cancer-related fatigue (CRF). *Ann Oncol*, 2009; 20: 17-25
21. Mustian K, Alfano C, Heckler C, Kleckner A, Kleckner I, Leach C. y cols., Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and exercise treatments for cáncer-Related Fatigue, a Meta-analysis. *JaMA*. 2017; 3(7): 961–968.
22. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012.
23. Velthuis MJ, Agasi-Idenburg SC, Aufdemkampe, HM. The effect of physical exercise on Cancer-related Fatigue during cáncer Treatment: a Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *Clin. Oncol*. 2010; 22: 208-221.
24. Courneya K, McNeely M. Exercise during cancer treatment. *Asociación Americana de Medicina del Deporte (Internet)* Acceso el 12 abril 2018. (2016). Disponible en: <http://www.acsm.org/public-information/articles/2016/10/07/exercise-during-cancer-treatment>

Anexo 1**FACIT-F (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy)**

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

OTRAS PREOCUPACIONES	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento agotado(a)	0	1	2	3	4
Siento debilidad en todo el cuerpo	0	1	2	3	4
Me siento decaído(a)	0	1	2	3	4
Me siento cansado(a)	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansado(a)	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para terminar las cosas porque estoy cansado(a)	0	1	2	3	4
Tengo energía	0	1	2	3	4
Soy capaz de hacer mis actividades habituales (p. ej., trabajar, ir a la escuela, hacer las compras)	0	1	2	3	4
Necesito dormir durante el día	0	1	2	3	4
Estoy demasiado cansado(a) para comer	0	1	2	3	4
Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales	0	1	2	3	4
Estoy frustrado(a) porque estoy demasiado cansado(a) para hacer las cosas que quiero hacer	0	1	2	3	4
Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio	0	1	2	3	4



INTRODUCCIÓN

En el año 2015 se crearon las Direcciones Transversales. Una de ellas fue la Dirección Transversal de Radioterapia (DTR).

Su finalidad era homogeneizar en la medida de lo posible los procesos y recursos de los diferentes departamentos para promover la igualdad en acceso a los servicios y asistencia, independientemente de la zona del territorio en que se dé la demanda. Inicialmente se escogieron cuatro patologías sobre las que trabajar: cáncer de pulmón, próstata, colorectal y ginecológico. Los supervisores se encargaron de la creación de grupos de trabajo de la consulta de enfermería y del personal técnico y enfermero que planifica y administra los tratamientos de radioterapia, y constituirlos con miembros de los distintos centros

Otras de las acciones emprendidas vinculada a la DTR, fue encargar una auditoría clínica revisando una serie de indicadores de interés de las historias clínicas de 40 pacientes de cada tumor en cada centro

De los resultados obtenidos, destacamos dos conclusiones de mejora:

I. Se recomienda aumentar el número de controles por imagen en los tratamientos.

II. Se detecta un excesivo aumento del tiempo total previsto de los tratamientos debido a interrupciones de diversa índole.

Para trabajar estos dos aspectos se crean dos nuevos grupos de trabajo en cada centro, en este caso interdisciplinares, donde el supervisor adquiere un papel relevante por su función de gestor de tratamiento.

I. Controles por imagen de los tratamientos:

Se consensua que es necesario incrementar el número de controles por imagen para preservar la calidad en consonancia con la evolución tecnológica de las técnicas de tratamiento y de los equipos. El aumento de la complejidad de los tratamientos debe ir acompañado de los máximos controles de seguridad y calidad posibles.

II Interrupciones de tratamientos

El tiempo total previsto de las sesiones de Radioterapia no siempre se cumple. Una duración superior repercute negativamente en la efectividad de los tratamientos y en la eficiencia de los servicios al aumentar las listas de espera.

Las interrupciones de tratamiento se han demostrado en diferentes estudios como un factor importante en el control local y supervivencia de determinado tipo de tumores (cáncer de pulmón ORL, Ca. cérvix, Ca Mama).

OBJETIVOS DEL GRUPO DE TRABAJO

General: Identificar los factores que influyen en la variabilidad innecesaria en la administración de radioterapia, en cada uno de los centros.

Objetivos específicos:

Identificar la variabilidad de protocolos técnicos por cada patología y en cada centro, de protocolos de curas, de material de inmovilización, de tipología de imagen y de nº de interrupciones de tratamiento

El grupo optó por realizar un estudio observacional, descriptivo y multicéntrico para obtener datos de los diferentes factores que producen los retrasos.

Como resultados de este estudio, podemos presentar las siguientes actividades realizadas y las diferencias presentadas por centros sobre los protocolos, inventariado de material, consecución de objetivos pactados y proyectos en común.

1. Protocolos técnicos comunes. Se revisaron y pusieron en común para las patologías mencionadas.
2. Inventariado material de inmovilización y soporte para tratamiento radioterápico que permite homogeneizar su uso y concurso de adquisición conjunto.
3. Se unificaron los criterios de control de imagen durante el tratamiento.
4. Aprobar el protocolo de interrupciones de tratamiento.

Desde estas líneas quisiéramos compartir nuestra experiencia en un tema global de todos los servicios de Oncología Radioterápica y las acciones que propusimos para minimizar o corregir el impacto de las interrupciones

En primer lugar, debe tenerse en cuenta que no todas las unidades de tratamiento son totalmente compatibles entre sí, y para algunos tipos de tratamiento, son totalmente incompatibles. Las sesiones perdidas pueden compensarse de varias formas:

- Aumentar la dosis por sesión en el resto o parte de tratamiento manteniendo la misma equivalencia biológica.

- Efectuar dos sesiones por día en los días posteriores hasta recuperar la dosis no administrada
- Añadir sesiones al final del tratamiento inicialmente programado.
- Cambiar de unidad de tratamiento el mismo día en que se produce la interrupción en la máquina habitual.

En el caso de las interrupciones no programadas, los tres primeros supuestos son viables. Aunque ya se llevaban a cabo de forma discrecional, actualmente están implantados en los servicios. Para el caso de las interrupciones programadas, y especialmente las causadas por revisiones de mantenimiento de los equipos de irradiación, que pueden durar hasta tres días, se está instaurando la cuarta opción. La forma de hacerlo varía mucho dependiendo de las características de los servicios: número de turnos, número y tipo de aceleradores y compatibilidad entre ellos, tipos de tratamientos. Para poder llevarlo a cabo, durante la revisión del acelerador afectado, tenemos que poder contar con un espacio de tiempo libre en otro acelerador para poder tratar los pacientes a los que se les ha interrumpido el tratamiento en la unidad original. En caso de ser aceleradores absolutamente compatibles, se produce la transferencia sin más.

Como ésta no es la situación habitual en nuestros servicios, se tendrán que tener previstas las paradas de tratamiento (calendario de revisiones facilitado por el proveedor al inicio del año). A partir de ahí, seleccionar los pacientes a los que se reubicará en otro acelerador y realizar doble dosimetría (para ambos aceleradores), de manera que se pueda activar la alternativa en el momento en que se considere necesario.

Es imprescindible, por tanto, disponer de un Protocolo de compensaciones y prioridades elaborado desde la multidisciplinaridad. Documento común para cuidados en la piel y educación sanitaria.

La DTR nos permitió a enfermería organizarnos como grupo de trabajo y abordar, desde el consenso, el manejo de la radiodermatitis, al ser este el síntoma más prevalente en los pacientes tratados con radioterapia. Como resultado, se ha confeccionado un protocolo consensuado de curas de enfermería en radiodermatitis aprobado por la Dirección de enfermería Corporativa y vigente ya en los tres centros. Nos facilita así mismo el inicio de estudios multicéntricos sobre por ejemplo radiodermatitis, inspiración forzada, etc.

CONCLUSIONES

La experiencia de los grupos de trabajo transversales han dado como fruto mejoras que han alcanzado al resto de profesionales y a pacientes.

Los nuevos protocolos igualan el acceso y atención de la población, siempre en función de la diversidad estructural de cada servicio, pero con un mismo enfoque. Conocer nuestras diferencias nos ayuda a mejorar en la aplicación de soluciones escogiendo la mejor opción. Cuando se acaben de trabajar las cuatro patologías iniciales, se iniciará una siguiente fase en la que se abordará la patología de mama y así sucesivamente hasta llegar a todas las áreas anatómicas.

Los acuerdos en el empleo de material de inmovilización y fungible han optimizado la gestión de circuitos y compras, dotándonos además de mayor fuerza en la relación con nuestros proveedores. Se mejora constantemente la calidad de los tratamientos aumentando el número de imágenes de control. El objetivo final, relacio-

nado con la renovación tecnológica que supone la adquisición de nuevos aceleradores lineales en los próximos años, será obtener imágenes en la práctica totalidad de las sesiones.

Las acciones dirigidas a disminuir el tiempo de prostración de los tratamientos repercute en la efectividad de los mismos además de mejorar la gestión de la lista de espera, ya que los tratamientos que demoran su fecha prevista de finalización impactan sobre la entrada de nuevos pacientes.

Las consultas de enfermería de los distintos centros mantienen un funcionamiento casi idéntico. Se utiliza la misma documentación en las recomendaciones a los pacientes y se comparten proyectos en la elaboración de guías de cuidados y estudios de toxicidad. Se ha aumentado el sentimiento corporativo y de grupo al ampliar la red de profesionales con los que interactuar y usar como apoyo, de manera natural.



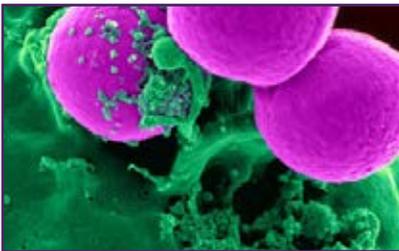
¿Puede el reloj circadiano controlar el crecimiento tumoral?

Investigación y Ciencia diciembre 2017

La relación entre el ritmo circadiano y el ciclo celular sugiere que el reloj biológico podría controlar la progresión del cáncer, pues su alteración promueve la proliferación celular.

Un grupo de investigadores de la Universidad Médica Charité en Berlín, en colaboración con el Centro Max Delbrück de Medicina Molecular, también en Berlín, han descubierto que las anomalías en el ritmo circadiano podrían favorecer la progresión de los procesos cancerosos.

Según los investigadores, sus resultados sugieren que los ritmos biológicos inhiben la progresión del cáncer. Por consiguiente, para las células tumorales sería ventajoso eludir su control. Con anterioridad, se ha propuesto la cronoterapia como posible tratamiento oncológico.

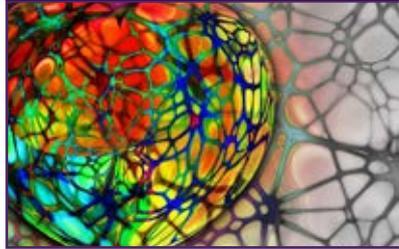


Detección fotoacústica de células tumorales en la sangre

LSINC marzo 2018

Nanocilindros de oro, nanopartículas de óxido de hierro y una matriz común de sílice actúan como un 'nanoimán' que atrae células tumorales dentro de los vasos sanguíneos, sin tener que extraer sangre al paciente. Las propiedades magnéticas y ópticas de estas nanoestructuras pueden mejorar la detección fotoacústica de las células tumorales circulantes, según un estudio internacional en el que ha participado la Universidad Complutense de Madrid.

La alta resolución de la imagen fotoacústica, junto con la acumulación magnética, permite la detección de pequeñas concentraciones de células tumorales circulando en el torrente sanguíneo, lo que abre una puerta a la detección temprana de procesos de metástasis.



Cerco a las trombosis en los pacientes con cáncer

SINC marzo 2018

La segunda causa de mortalidad en pacientes oncológicos son los accidentes vasculares, que afectan a uno de cada cinco. El reto médico es identificar qué individuos tienen mayor probabilidad de sufrir trombos. Una nueva prueba genética desarrollada por españoles afina al máximo la predicción. Es un logro más de la medicina personalizada.

La herramienta de predicción recomendada por todos los organismos internacionales es la clasificación Khorana.

La nueva clasificación, bautizada con el nombre de TiC-Onco, incluye otros parámetros clínicos. Un algoritmo combina esta información con el perfil genético del paciente. Estas pruebas se recomiendan a pacientes con un diagnóstico de cáncer que vayan a empezar con la quimioterapia.



Tres de cada cuatro tratamientos contra el cáncer se basan ya en biomarcadores específicos

Diario enfermero marzo 2018

La medicina personalizada avanza a gran velocidad y actualmente se estima que un

42 por ciento de los fármacos en desarrollo en Estados Unidos se basan en biomarcadores específicos y, en el caso del cáncer, la cifra se eleva hasta el 73 por ciento de los tratamientos. Asimismo, una de cada tres pruebas genéticas desarrolladas actualmente va dirigida al diagnóstico o tratamiento de tumores.

Así lo ha asegurado el director general del Instituto de Salud Carlos III, Jesús Fernández Crespo, durante un taller sobre 'La era del tratamiento personalizado en Oncología', organizado en colaboración con la SEOM y la ANIS.



El alcohol daña el ADN y aumenta el riesgo de cáncer

SINC enero 2018

Científicos del Laboratorio de Biología Molecular del Consejo de Investigación Médica de Reino Unido han demostrado cómo el alcohol daña el ADN en células madre de ratones, lo que ayuda a explicar por qué beber aumenta el riesgo de cáncer.

Estos nuevos hallazgos ayudan a comprender cómo el consumo de alcohol aumenta el riesgo de desarrollar 7 tipos de cáncer: mama, intestino, hígado, boca, garganta, esófago y laringe.

Sabemos que el alcohol contribuye a más de 12.000 casos de cáncer en Reino Unido cada año, por lo que es una buena idea pensar en reducir la cantidad que se bebe.



PÍLDORAS COLECCIONABLES

CANDIDIASIS BUCAL

Rosario Moreno

DESCRIPCIÓN

La candidiasis oral (CO) es uno de los hallazgos más frecuentes en asociación con xerostomía. Se distinguen dos tipos: la candidiasis pseudomembranosa (puede manifestarse como placas blanquecinas sobre la superficie mucosa) y la candidiasis eritematosa (en forma de placas rojizas, que afectan más comúnmente a la superficie del paladar y dorso de la lengua, asociada en algunas ocasiones con fisuras).

El diagnóstico se realiza mediante la toma de muestras de las lesiones sospechosas y su visualización microscópica. La presencia de hifas y blastos confirmarán la existencia de candidiasis. Otra variedad en cuanto a su manifestación clínica puede ser la aparición de queilitis angular, que suele corresponder a una infección mixta (fúngica y bacteriana).

ETIOLOGÍA

La CO puede ser causada por múltiples motivos, desde la localización de tumor, hasta la utilización de fármacos (Antibióticos, Corticosteroides, Inmunosupresores, Citotóxicos) y radioterapia, que pueden causar sequedad en la boca, lo cual puede desencadenar otras complicaciones mayores.

TRATAMIENTO

En cuanto a su tratamiento farmacológico, se basa en la utilización de antifúngicos: suspensión de nistatina oral o clotrimazol. En el caso de afectación sistémica, se utilizará fluconazol.

Aquellos pacientes que usan dentaduras postizas deben introducirlas, durante toda la noche, en solución de hipoclorito sódico al 1%. En el caso de que la dentadura tuviera partes metálicas, sería útil introducirla en soluciones de benzalconio. En caso de queilitis angular es eficaz la administración tópica de cremas a base de nistatina, triamcinolonas y clotrimazol.

Atención de higiene oral rutinaria (recomendaciones a pacientes):

Cepillado de dientes*

- Cepillo de cerdas suaves de nylon (2-3 filas).
- Cepillar 2-3 veces al día con el método Bass de limpieza del surco gingival.
- Enjuague frecuente.

Dentífrico

- Preferencia o tolerancia del paciente.
- Se recomienda con flúor.
- Emplear solución salina al 0,9% o agua si la pasta de dientes causa irritación.
- Limpieza con hilo dental
- Una vez al día.
- Técnica atraumática con modificaciones, según sea necesario.

Enjuagues suaves

- Salinos al 0,9%.
- Solución de bicarbonato de sodio.

- Solución salina de 0,9% más solución de bicarbonato de sodio.
- Enjuague, manténgalo en la boca y expectore.
- Repita cada 2-4 horas o según sea necesario para el dolor.

Fluoruro

- Gel neutral de fluoruro de sodio al 1,1% o gel de fluoruro de estaño al 0,4%: aplíquelos con cepillo 2-3 minutos, y enjuague suavemente la boca. Aplíquelo una vez al día.

Enjuagues antimicrobianos

- Enjuague oral de clorhexidina al 0,12 tópicos 0,2%.
- Enjuague oral de povidona yodada.
- Enjuague, manténgalos en la boca 1-2 minutos y expúselos. Repita 2-4 veces al día dependiendo de la severidad de la enfermedad periodontal
- Los pacientes que utilizan prótesis dentales móviles o dispositivos ortodónticos corren el riesgo de dañar la mucosa o provocar infección.

Pautas para el manejo de dentaduras postizas y dispositivos ortodónticos en pacientes que reciben terapias contra el cáncer:

- Reduzca su uso al mínimo durante los primeros días después de la quimioterapia.
- Póngaselo preferentemente y en exclusiva para comer.
- Límpielo dos veces al día con un cepillo suave y enjuáguelo bien.
- Remójele en soluciones antimicrobianas cuando no lo esté usando.

* El cepillo de dientes eléctrico o ultrasónico es aceptable si el paciente puede utilizarlos sin causar trauma.



PÍLDORAS COLECCIONABLES

CANDIDIASIS BUCAL

- Realice los procedimientos rutinarios de atención y cuidado a la mucosa oral cuando no tenga los dispositivos puestos: 3-4 veces al día.
- No use los dispositivos mientras duerme ni durante períodos en los que tenga dolor en la cavidad oral.
- Las dentaduras postizas pueden usarse durante el uso tópico de los medicamentos necesarios para el cuidado oral (p. ej., antifúngicos)
- Los dispositivos ortodónticos: aparatos, alambres, retenedores, etc., deben excluirse hasta que sane la mucositis oral.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Promover hábitos de vida saludables antes, durante y después del tratamiento en cuanto a dieta, ejercicio y cesación de hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).
- Educar en la importancia de una correcta higiene bucal
- En el caso de aparición de lesiones bucales, explicar cómo manejarlo en domicilio y cuándo consultar con su equipo sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toral Peña J.C. Complicaciones debidas al tratamiento oncológico que afectan a la nutrición [internet] Madrid: Sociedad Española Oncología Médica; 2006 [acceso 26 de Marzo de 2018]. Disponible en : https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_14.pdf
2. McGuire, D.B., Fulton, J.S., Park, J. et al. Support Care Cancer (2013) 21: 3165. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1942-0>
3. PubMed Health [base de datos en Internet]. Bethesda: the prevention and treatment of oral trush [actualizado 2016, acceso 26 de Marzo de 2018]. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0088209/>
4. Clarkson JE, Worthington HV, Eden OB. Interventions for preventing oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev 2007; (1): CD003807. [PubMed]
5. Pienaar ED, Young T, Holmes H. Interventions for the prevention and management of oropharyngeal candidiasis associated with HIV infection in adults and children. Cochrane Database Syst Rev 2010; (11): CD003940. [PubMed]
6. Worthington HV, Clarkson JE, Khalid T, Meyer S, McCabe M et al. Interventions for treating oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev 2010; (7): CD001972. [PubMed]



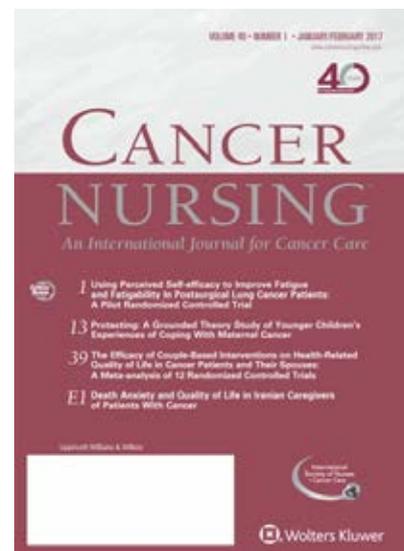
EUROPEAN JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING

El último número de Abril destaca tres artículos. Uno nos habla del liderazgo ético, el bienestar profesional de los cuidadores y las percepciones de los pacientes sobre la calidad de atención en oncología. El estudio investigó la relación entre el bienestar relacionado con el trabajo y las percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención. Más específicamente, se examinaron los efectos indirectos del liderazgo ético en la calidad percibida de la atención de los pacientes a través del bienestar de los cuidadores. Se utilizó un diseño de sección transversal en 12 unidades de oncología diferente en Francia a 296 profesionales incluyendo enfermeras, médicos, auxiliares y otros miembros del personal que completaron un cuestionario para evaluar las percepciones de liderazgo ético y bienestar, mientras que 333 pacientes completaron un cuestionario para evaluar la calidad de la atención. Los resultados revelaron que el liderazgo ético se asoció positivamente con el bienestar psicológico de los cuidadores profesionales que a su vez se asoció positivamente con las percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención. Esto implica que se podrían alentar intervenciones para promover percepciones de comportamiento de liderazgo ético y la

salud mental de los cuidadores, de cara a mejorar la calidad de cuidado en las distintas unidades.

Otro artículo destacado nos habla de un estudio para la adaptación transcultural y análisis psicométrico del cuestionario de calidad de muerte y del cuestionario de muerte para la población española (QODD). Algunos ítems fueron eliminados y modificados para crear la versión en español del QODD (QODD-ESP-26). El instrumento fue legible y aceptable y el índice de validez del contenido fue de 0,96, lo que sugiere que todos los ítems son relevantes para la medida de la QoD y además el cuestionario mostró una alta consistencia interna. La conclusión es que el QODD-ESP-26 es un instrumento válido y confiable que se puede utilizar en un entorno clínico y de investigación.

Por último, un artículo sobre el estudio del efecto del sulfato de zinc sobre la incidencia y la gravedad de la mucositis en pacientes con leucemia sometidos a quimioterapia. Fue un ensayo clínico aleatorizado y triple ciego controlado con placebo. A los sujetos se les asignó aleatoriamente una cápsula experimental con 50 mg de sulfato de zinc y a un grupo control cápsulas de placebo tres veces al día durante 14 días a partir del primer día de la QT. La mucositis se midió con la escala de la OMS en los días 4, 7 y 14 después de la QT. Los resultados mostraron una diferencia significativa entre los dos grupos en cuanto a la incidencia de mucositis, que fue 2,1 veces mayor en el grupo control en comparación con el grupo sulfato de zinc. Los resultados también indicaron una diferencia significativa entre los dos grupos con respecto a la puntuación media de la evaluación objetiva y subjetiva de la mucositis durante los tres períodos de estudio. Por todo esto se recomienda su uso en el entorno clínico, aunque se sugieren estudios adicionales para confirmar estos hallazgos.



CANCER NURSING

Del último número de Marzo-Abril, uno de los artículos de portada trata sobre una revisión integradora de las preocupaciones psicosociales entre las jóvenes afroamericanas supervivientes de cáncer de mama, ya que son propensas a un diagnóstico a edades más tempranas, experimentan mayor morbilidad después del tratamiento y muestran disparidades en la supervivencia y los datos sobre el bienestar psicosocial en este grupo de paciente es escaso respecto a otros grupos supervivientes. La revisión bibliográfica se llevó a cabo utilizando un marco exploratorio de calidad de vida. Se seleccionaron 16 artículos de una búsqueda total de 237, identificando las preocupaciones psicosociales existentes que requerían mitigación. La revisión reveló áreas clave como la ansiedad y la depresión, los cambios cognitivos y las relaciones. Los hallazgos indican la necesidad de aumentar la investigación sobre la supervivencia de estas jóvenes supervivientes aunando esfuerzos con los investigadores para comprender las preocupaciones psicosociales y traducir los hallazgos a la práctica (uso de herramientas de angustia psicosocial, protocolos de desescalada de angustia y planes de atención de supervivencia individualizados) para reducir las disparidades en la calidad de vida.

Otro de los artículos nos habla de un análisis secundario de un estudio transversal sobre

la comorbilidad de demencia y cáncer en residentes de hogares de ancianos. El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de cáncer y las diferencias con respecto a los síntomas neuropsiquiátricos (NPS) y la medicación entre pacientes de hogares de ancianos (NH) con y sin demencia, y cáncer. El estudio abarcó 1825 pacientes, que se clasificaron según el grado de demencia y el diagnóstico de cáncer y se exploraron las diferencias en síntomas neuropsiquiátricos y el uso de medicamentos. El 85 % de los pacientes tenían demencia y el 5'5 % comorbilidad de demencia y cáncer. Estos últimos recibieron significativamente más analgésicos en comparación con los pacientes con demencia, pero sin cáncer y también presentaban más síntomas neuropsiquiátricos incluidos trastornos del sueño y agitación, lo que sugiere que los síntomas pueden no ser tratados de manera adecuada por lo que enfermería debe prestar más atención a este tipo de pacientes.

Otro artículo nos habla de un estudio longitudinal sobre el estrés percibido, la comunicación entre padres y adolescentes / jóvenes adultos y la resiliencia familiar entre adolescentes / adultos jóvenes que tienen un padre con cáncer, estudio desarrollado en Taiwán. Este estudio longitudinal exploró (1) las relaciones entre la resiliencia familiar, el estrés percibido de los adolescentes y la comunicación entre padres y adolescentes; (2) las tendencias en la resiliencia familiar con el tiempo de recopilación de datos; y (3) las diferencias en la comunicación entre padres y adolescentes según el sexo del padre. Los datos se recolectaron en 3 ocasiones durante 4-5 meses con 2 meses de intervalo. De los primeros 96 participantes solo 32 completaron todas las mediciones. Los resultados encontraron que la resiliencia familiar se asoció negativamente con el estrés percibido de los adolescentes, y se asoció positivamente con la comunicación del adolescente / joven adulto con el padre y la madre, el grado de resiliencia familiar en T3 fue significativamente menor que en T1, y en los 3 momentos de recopilación de datos, el grado de comunicación entre adultos jóvenes fue mayor con las madres que con los padres, tuviese o no la madre cáncer. Estos resultados sugieren intervenciones de enfermería para reducir el estrés del adolescente y desarrollar una comunicación óptima entre padres y adolescentes para mejorar la resiliencia familiar.

Por último, aunque existe evidencia significativa de que los cuidadores familiares (FC) de pacientes con cáncer pueden experimentar

síntomas significativos de sobrecarga del cuidador, se sabe menos acerca de las relaciones entre FC y las características del paciente que influyen en la sobrecarga del cuidador. El objetivo de este estudio fue examinar el efecto de los síntomas y las características demográficas de los pacientes con cáncer y FC en la sobrecarga del cuidador al inicio del tratamiento con radiación de los pacientes. Se estudiaron 282 díadas de cuidadores y pacientes con diversos diagnósticos de cáncer. Se midieron síntomas como la depresión, trastornos del sueño, fatiga, apoyo social y autoeficacia tanto de FC como de pacientes con cáncer. Los cuidadores familiares también fueron asesorados sobre la sobrecarga y se investigaron las asociaciones entre los síntomas de los pacientes y sus cuidadores, las características demográficas y la carga del cuidador mediante análisis multivariados. Los resultados mostraron que ser mujer, ya sea como paciente o FC, aumenta la probabilidad de experimentar fatiga y trastornos del sueño y que la carga de los cuidadores en FC está influenciada por la interacción de los pacientes y sus propios síntomas y problemas. Estas interdependencias existen desde el comienzo del tratamiento.

tivo de correlación recolectando datos usando la herramienta de evaluación de cuidados de Duffy. Los coeficientes de correlación no fueron significativos pero la apreciación del significado único y la resolución de problemas mutuos mostraron la necesidad de mejorar.

También nos cuenta la experiencia de un paciente con leucemia linfocítica crónica ahora en medio de un tratamiento después de una remisión de 17 años y su relación con la enfermería tanto en la administración de los diferentes tratamientos como en los cuidados de soporte de sus síntomas durante todo el proceso, y la confianza que tiene en el equipo que le atiende. Comenta la importancia de las redes sociales para dar a conocer el trabajo que hacen los profesionales, y los cuidados que se proporcionan en los hospitales de Día para que los pacientes también conozcan que su tratamiento se administra de forma segura y eficiente. Por último, agradece la alta calidad de la atención con calidez y compasión.

Otro artículo nos habla de como se puede implementar un procedimiento para la detección y prevención del suicidio en un centro oncológico. Aunque en pacientes con cáncer el riesgo general ya duplica al de la población general, el riesgo aumenta hasta 13 veces en los primeros meses después del diagnóstico. La estrategia educativa fue concienciar al personal ambulatorio sobre la vulnerabilidad de ciertos diagnósticos de cáncer en los que el suicidio es más común: cáncer de pulmón, próstata, páncreas, esófago, estómago y cabeza y cuello. Para aumentar la conciencia del personal, se elaboró una capacitación estandarizada para los médicos ambulatorios sobre cómo administrar las llamadas telefónicas de los pacientes que expresan pensamientos suicidas. Los proveedores de práctica avanzada (APP) en las ocho ubicaciones de los centros oncológicos fueron entrenados para evaluar y clasificar a los pacientes mediante el uso de una hoja de trabajo de planificación de seguridad de crisis. Al identificar con mayor precisión a los pacientes en riesgo permite que los recursos se centren en los que más lo necesitan y reducir las intervenciones innecesarias en personas que quizá se hubieran identificado erróneamente como un riesgo y se evita la hospitalización innecesaria.

CLINICAL JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING



En el último número destaca un artículo sobre la percepción de los pacientes con cáncer en el momento del alta después de la cirugía sobre las conductas de cuidado de las enfermeras. Se utilizó un diseño descrip-



EUROPEAN ONCOLOGY NURSING SOCIETY NEWSLETTER

El boletín de este mes de abril nos informa de la apertura de la inscripción para el congreso de la EONS y ESMO de este año que tendrá lugar en Múnich del 20 al 22 de octubre. También nos recuerdan el Día Europeo de la Enfermería Oncológica que se repetirá el día 18 de mayo como el año pasado y que este año destaca la importancia de reconocer la especialización de Enfermería Oncológica con un evento en el Parlamento Europeo y apoyando el lanzamiento del nuevo Marco de Educación de Enfermería Oncológica de la EONS. La Masterclass de este año que se celebró en marzo en Alemania volvió a ser otro éxito ya va por su 11ª Edición. Son cinco días intensivos de inmersión total en la actualización de la atención contra el cáncer para crear un espíritu colectivo de enseñanza y aprendizaje.

También hay otras noticias de interés como la de un equipo de investigadores que ha identificado una conexión largamente buscada entre cómo las células cancerosas usan la glucosa para generar energía, (la vía Warburg) y el crecimiento del cáncer. Los investigadores, en Baylor College of Medicine y Roswell Park Comprehensive Cancer Center, EE. UU., descubrieron que PFKFB4, una enzima en esta vía puede activar SRC-3, un potente impulsor del cáncer de mama. El estudio aparece en la revista

Nature. Otro nuevo estudio epidemiológico ha sugerido que las tasas de mortalidad para muchos tipos de tumores continuarán disminuyendo en toda la UE en 2018. Las excepciones son el cáncer de páncreas y el cáncer de pulmón en las mujeres. El avance y mejora de los tratamientos y el cribado por encima de los 50 años, podrían explicar las recientes tendencias favorables del cáncer colorrectal. Y una noticia curiosa como que el café que se vende en California debe llevar una advertencia sobre el cáncer, según dictaminó un tribunal. El juez de Los Ángeles dijo que Starbucks y otros 90 vendedores de café no habían advertido a los clientes sobre un compuesto potencialmente tóxico que se produce durante el proceso de tostado. Las firmas fueron demandadas por un grupo sin ánimo de lucro con sede en California sobre la acrilamida química. El grupo argumentó que como la acrilamida es considerada cancerígena según la ley estatal, debería venderse con una advertencia.



CANCER WORLD

El artículo de portada del número de Marzo-Abril está dedicado a la crisis silenciosa de los refugiados con cáncer. Los esfuerzos

de socorro apuntan a la atención primaria, dejando a los refugiados y las personas desplazadas con cáncer sin tratamientos ni apoyo psicológico. En un escenario de empeoramiento, los médicos se enfrentan diariamente con la difícil elección entre usar los escasos recursos para ofrecer cuidados básicos a muchos, o salvar una sola vida.

Mientras que casi un millón de refugiados de Siria han encontrado su camino a Europa, el mayor número de refugiados ha huido a países vecinos. Turquía ha recibido casi 3,5 millones de refugiados, mientras que Líbano, un pequeño país con una población de alrededor de seis millones de personas, ha recibido más refugiados que toda Europa combinada. Esto ha llevado al límite a los sistemas de salud en estos países mucho más allá de su capacidad. En el Líbano, el Ministerio de Salud Pública generalmente no puede pagar los tratamientos para la gran cantidad de refugiados, por lo que los pacientes deben pagar sus costosos tratamientos.

Issa, presidente de la Asociación Karma, argumenta que el enfoque global para financiar la asistencia sanitaria a los refugiados debe ser revisado. Las ONG más pequeñas, como la que dirige, no pueden manejar la gran afluencia de pacientes con cáncer y las principales organizaciones de ayuda, como ACNUR, deberían estar facultadas para ayudar. "El cáncer debe incluirse en la lista de enfermedades cubiertas financieramente, no está bien quitarle el derecho al tratamiento a un paciente porque es muy caro".

"Lo que los refugiados realmente necesitan es apoyo espiritual y apoyo emocional; esto es lo que más les preocupa. Ese es el vínculo directo entre tratar pacientes con cáncer y tratar refugiados", dice Silbermann. "Es fácil llevar drogas a sus venas, pero una opción más difícil, pero no menos eficiente, es abordar la personalidad del paciente. Tratarlos como seres humanos, no como refugiados".



¿CÓMO SE REALIZA EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN UN CASO ONCOLÓGICO?

AUTORES: Noemí Cuenca y Cristina Subias

Editorial: UOC (UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA)

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2017

ISBN: 978-84-911-6619-1

El modelo H2PAC resuelve propuestas clave a partir de actividades. Esta forma de aprendizaje parte de un reto: la actividad que deberás resolver. Para ello te facilita un contenido teórico, el conocimiento imprescindible, que te ayudará a entender los conceptos esenciales para poder afrontar el desafío planteado inicialmente. Además del contenido teórico, el modelo también te facilita las soluciones, una propuesta de resolución del reto expuesto.

El reto de esta obra se centra en el abordaje nutricional de un caso oncológico en diferentes momentos del proceso. La obra recoge los conocimientos y las pautas necesarias para realizar una posible valoración, un diagnóstico y un tratamiento nutricional tanto desde el entorno hospitalario como desde el seguimiento en consulta externa.



GUÍA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DEL DOLOR ONCOLÓGICO

AUTORES: Varios autores

Editorial: SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2017

La Guía GADO (Guía para el Abordaje Interdisciplinar del Dolor Oncológico), nace de un esfuerzo conjunto e interdisciplinar de las más importantes Sociedades Científicas Españolas implicadas en el cuidado del paciente con cáncer, con el propósito de servir de ayuda para la correcta clasificación del dolor oncológico y el diseño de tratamientos analgésicos que tengan en cuenta, no sólo el control de los síntomas, sino también la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

En este sentido, el doctor Alberto Alonso, coordinador de la Guía GADO y subdirector de la revista Medicina Paliativa de la SECPAL, anima al trabajo conjunto de los profesionales ya que "la coordinación es esencial para que, por un lado, el paciente pueda beneficiarse de todas las posibilidades de tratamiento y, por otro lado, para asegurar la continuidad asistencial".

Este es el primer documento que recoge los diferentes puntos de vista de estas especialidades afectadas, tal y como señala el doctor Alonso, quien asegura que la causa más habitual del do

Puede descargarse gratuitamente la guía en la siguiente web: <https://www.gado.es/>



AFRONTANDO LA VIDA, ESPERANDO LA MUERTE

AUTOR: Ramón Bayés

Editorial: ALIANZA ENSAYO

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2006

ISBN: 978-84-206-4768-5

No por haberse publicado en el año 2006 podemos dejar de recomendar esta obra que nos aproxima al concepto de sufrimiento y nos presenta el modelo de recursos/amenazas. Desde el entendimiento de cómo se genera el sufrimiento en cada ser humano podemos encontrar estrategias para ayudar y acompañar a nuestros pacientes.

El mensaje que se quiere transmitir en este libro se podría sintetizar en una frase de Eric Cassell: "Los que sufren no son los cuerpos, son las personas".

Desde un enfoque original se plantea, igualmente, la importancia de la percepción temporal, en especial durante los inciertos tiempos de espera del enfermo, en la cristalización del sufrimiento, así como la necesidad de mantener en todo momento algún tipo de esperanza.



AGENDA

CONGRESOS Y JORNADAS

Juan Manuel Gavala

II CONGRESO NACIONAL DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Santander 24, 25 y 26 de Mayo 2018

II CONGRESO NACIONAL DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Fecha: Del 24 al 26 de mayo

Lugar: Santander

Organizador: Asociaciones de Enfermería Pediátrica

Enlace: <http://www.cnadep.org/bienvenida>

I Congreso Nacional de Enfermería y Vacunas

Binomio activo de salud en la comunidad

Centre de Congressos Ciutat d'Elk - 24 y 25 de mayo de 2018

I CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA Y VACUNAS

Fecha: Del 24 al 25 de mayo de 2018

Lugar: Centro de Congressos Ciudad de Elche

Organizador: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Grupo de Trabajo en Vacunas

Enlace: <http://www.enfermeriayvacunas.es>

7º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía

10 años en el Norte de los Cuidados

30 de mayo - 01 de junio

7.º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

Fecha: Del 30 de mayo al 1 de junio de 2018

Lugar: Palexco, La Coruña

Organizador: Sociedad Española de Enfermería en Cirugía (SEECir)

Enlace: goo.gl/BLSepu

V CONGRESO INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA

"Atendiendo necesidades: atención integral en salud"

I CONGRESO DE MEDIACIÓN EN SALUD

Fecha: Del 9 al 11 de mayo

Lugar: Santiago de Chile

Organizador: FUNCIDEN

Enlace: goo.gl/sRirAK

XXV CONGRESO SEEEG

XXV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

Fecha: Del 12 al 13 de abril

Lugar: Gerona

Organizador: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Enlace: <http://seegg.es/seegg-2018/#contacto>

1 MEDIACIÓN EN SALUD ESTABLECIENDO REDES

BARCELONA 2018

7-8 DE JUNIO

I CONGRESO DE MEDIACIÓN EN SALUD

Fecha: Del 7 al 8 de junio de 2018

Lugar: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada, Barcelona

Organizador: Sociedad Catalana de Mediación en Salud

Enlace: goo.gl/zPtUfz

XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia XXXVI Reunião Científica de la SEE

Epidemiologia em um Contexto Global

XXXVI REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA (SEE) Y XIII CONGRESO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

Fecha: Del 11 al 14 de septiembre de 2018

Lugar: Universidade Nova Lisboa, Lisboa

Organizador: SEE y Associação Portuguesa de Epidemiologia

Enlace: <http://www.reunionanualsee.org>

II Congreso APROMAP XVII Congreso FAME

Quinta A, 5 y 6 de octubre 2018

XVII CONGRESO FAME Y II CONGRESO APROMAP

Fecha: Del 4 al 6 de octubre de 2018

Lugar: Palacio de Congresos y Exposiciones, Oviedo

Organizador: Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)

Enlace: <http://www.congresomatronasasturias.com>



V CONGRESO INTERNACIONAL Y XI NACIONAL DE LA AEC; VI ENCUENTRO NACIONAL DE TUTORES Y RESIDENTES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Fecha: Del 17 al 19 de octubre de 2018

Lugar: Palacio de Congresos Víctor Villegas

Organizador: Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Enlace: goo.gl/NnsCWR



II CONGRESO INTERNACIONAL Y V NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD

Fecha: Del 18 al 20 de octubre de 2018

Lugar: Real Palacio de la Magdalena, Santander

Organizador: Asociación Española de Enfermería y Salud (AEES)

Enlace: <https://enfermeriaysalud.es>



XLVII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

Fecha: Del 15 al 17 de noviembre de 2018

Lugar: Palacio de Congresos de Granada

Organizador: Sociedad Española de Neurología (SENOR)

Enlace: <http://www.geyseco.es/senor2018>



El atardecer empezaba a caer sobre la Ciudad Condal recordándome que pronto empezaría mi jornada laboral. Así que antes de dirigirme al hospital me gustaba disfrutar de unos de esos pequeños placeres mientras tomaba un café en aquella pintoresca cafetería. Por su cristalera podía ver cómo pasaban los coches, cómo la gente volvía a sus hogares o cómo los niños corrían.... Y es que el tiempo nunca se detiene. Y tampoco se detenía durante aquellas noches de trabajo.

Podía estar cansada, enfadada por alguna tontería pero sabía que cuando cruzara aquella puerta me llenaría de una energía indescriptible. Me encantaba cuidar de aquellos pequeños guerreros. Esos niños a quienes tanto cariño les tuve. Fueron capaces de dejar una huella y no sólo profesional sino que también fue personal.

Recuerdo la fuerza y la vitalidad de todos ellos; estaban esperando o recientemente, habían recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). Cada día, incluso en sus días de neutropenia o mal estado general, me enseñaban a vivir plenamente gracias a su inocencia y alegría. Recuerdo cómo nos conocían a todas las enfermeras, sabían qué nos gustaba hacer, qué días teníamos libre... Es curioso cómo durante aquellos ingresos nos hacían formar parte de su familia.

Y siempre recordaré la historia de Leo, aquél niño canario a quien tra-

jeron a la unidad con tan sólo 4 años para recibir un TPH. Leo era un niño muy creativo e ingenioso por ello no tardó mucho en recrear aquel pequeño espacio, que era una cámara de aislamiento, para convertirlo en lo que sería una nave espacial. Una nave que pronto despegaría y le llevaría de regreso a su querida isla donde el sol y el clima tropical le acompañaban todo el año.

Recuerdo cómo decoró aquel pequeño espacio con estrellas fosforescentes que iluminaban su habitación, galaxias de muchos colores y una luna con unos ojos y una sonrisa enorme que le acompañaban cada noche.

Siempre nos decía que le cuidábamos muy bien y cuando le teníamos que hacer hemocultivos nunca lloró ni se enfadó porque no encontraríamos la vena. Incluso aquellos días en los que presentó náuseas y vómitos secundarios al tratamiento de acondicionamiento no se enfadó y sabía que eso sería sólo unos días.

Leo fue una historia de superación, pura energía y lucha por la vida porque sabía que tenía muchas cosas por delante por descubrir. Y llegó el día en el que la nave despegó y Leo se despidió de todas nosotras con un enorme abrazo y sonrisa. Sólo después volvería, pero esta vez en avión, para realizar controles y saludar a su segunda familia.

I Jornada de Formación en Enfermería Oncológica

Avanzando en el Cuidado Oncológico
Aprendiendo juntos

Hotel Gran Bilbao
17-18 mayo 2018

 **SEEEO**
www.jornadaseeo.org

Secretaría técnica
MeetingPharmaGroup
Tel. 934703513
lremedio@meetingpharma.com
www.meetingpharmagroup.com

 **MEETINGPHARMAGROUP**