



Vol. 20 - Nº1. Enero 2018

enfermería oncológica

[WWW.SEEO.ORG](http://www.seeo.org)

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Programa

Jueves 17 mayo 2018

08.30 – 09.00 h
Recogida de documentación

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

09.30 – 10.30 h
Avances en diagnósticos

Avances en tratamiento de tumores sólidos

10.30 – 11.00 h
Avances en tratamientos hematológicos

11.00 – 11.30 h
Avances en oncología radioterápica

11.30 – 12.00 h
Pausa café

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

13.00 – 14.00 h
Manejo de dolor

14.00 – 15.00 h
Comida de trabajo

15.00 – 16.15 h
Taller de cuidados de la piel

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

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

10.00 – 11.00 h
Nutrición en oncología

11.00 – 11.30 h
Herramientas para el manejo en situaciones difíciles

11.30 – 12.00 h
Pausa café

12.00 – 13.00 h
Mirando al futuro: supervivientes en cáncer

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

14.00 – 15.00 h
Comida pick & go

 **SEEO**
Sociedad Española de
Enfermería Oncológica

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**

sumario

- 05 EDITORIAL
- 06 AFRONTAMIENTO A LA MUERTE Y SESIONES DE COACHING EN UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL
- 11 CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN
- 17 ENTREVISTA A SORAYA CASLA
- 19 CONOCIMIENTOS, SATISFACCIÓN Y AUTOCUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE UN CATÉTER CENTRAL DE LARGA DURACIÓN: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA PRÁCTICA
- 24 NUESTRAS COMPAÑERAS DE... HOSPITAL POVISA. VIGO SERVICIO ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- 25 LA SEEO ESTUVO EN... EVERY CANCER NURSE IS A LEADER! EONS LEADERSHIP SUMMIT
- 26 REVISIÓN DE: ACCESOS VASCULARES CENTRALES: CATÉTERES TUNELIZADOS Y CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)
- 32 A LA VANGUARDIA
- 33 ¿SABÍAS QUÉ...?
- 36 NOTICIAS DE EUROPA
- 38 BREVES
- 39 AGENDA
- 40 PÍLDORAS COLECCIONABLES: NUTRICIÓN Y PACIENTE ONCOLÓGICO
- 42 NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS
- 43 RELATO: MISIÓN DE LOBUR. NORTE DE TURKANA, KENIA



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, Pablo Fernández Plaza, M^a Dolores Fernández Pérez, Angeles Peñuelas Saiz, Ana Ojer Perea

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

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

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

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.



Para la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) el pasado 2017 ha sido un año de cambios en su estructura.

Desde la formación de la nueva junta directiva buscamos un futuro mejor para esta sociedad científica, más de trescientos profesionales con objetivos comunes, que suponga un punto de inflexión y transformación, adaptando nuestra visión a las nuevas realidades sociales, pero especialmente, a las nuevas realidades en oncología.

Se hace necesario hacernos más visibles y creíbles en toda la sociedad, pero fundamentalmente en el propio colectivo de enfermería, y especialmente, el que cuida y trata al paciente oncológico desde sus diversas vertientes. Nuestro objetivo es dar a conocer, no sólo nuestro trabajo diario y profesional en el cuidado de los pacientes onco-hematológicos, sino también impulsar los conocimientos a nivel científico y tecnológico en relación a los procedimientos que realizamos en las unidades de hospitalización, en los hospitales de día, en las unidades de radioterapia, en las unidades de ensayos clínicos, en cuidados paliativos, atención primaria, etc., tanto en adultos como en pediatría, y así en la asistencia, como en docencia, investigación, trabajando asimismo, áreas de educación para la salud y prevención.

Por otro lado, el avance continuo en el tratamiento oncológico con nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento, que incluyen novedosos fármacos antineoplásicos, implica asumir una mayor responsabilidad profesional y un aumento de competen-

cias, tanto a nivel de las especificaciones en la administración de dichos fármacos, como de los cuidados integrales que ello conlleva.

Por todo ello, la formación especializada y continua en enfermería oncológica se hace imprescindible. Esto permitirá mantenernos al día en las actualizaciones y novedades en nuestro campo, y de esta manera, conseguir el reconocimiento profesional por el que llevamos mucho tiempo trabajando ya. Aprovecho también, para comentaros que, de ahora en adelante, celebraremos nuestro Congreso Nacional de manera bienal, intercalando jornadas formativas específicas y de calidad para conseguir actualizaciones necesarias entre congresos, con el objetivo de conseguir una mayor difusión de todos los nuevos conocimientos, así como aumentar la calidad de los trabajos presentados y seguir trabajando en una enfermería que es referente para compañeros y pacientes.

En definitiva, empieza ahora una nueva etapa para la SEEO en la que queremos conseguir una mayor visibilidad e integración en los órganos de decisión. Somos todos nosotros, en esta sociedad, profesionales de una enfermería oncológica con experiencia y formación especializada, y qué mejor que seamos voz en la toma de decisiones sobre las posibles nuevas normativas que regulen nuestro trabajo, que aporten seguridad y garantías, y que estemos presentes en los ámbitos que nos hagan seguir creciendo como profesionales especialistas en Oncología, y finalmente, que todo esto redunde en el aumento de la calidad de nuestros cuidados.



ARTÍCULO

AFRONTAMIENTO A LA MUERTE Y SESIONES DE COACHING EN UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL

Juan Manuel Gavala Arjona, Rosa María Fullana Tuduri, Apolonia Victoria Pascual Reus

Enfermeros Hospital Universitari Son Espases
juanm.gavala@ssib.es

RESUMEN

La muerte es un hecho que ocurre a diario en la práctica enfermera. Los profesionales que afrontan mejor la muerte son más eficaces en el desempeño asistencial.

Objetivos: evaluar el grado de afrontamiento a la muerte en el personal de enfermería de una unidad de oncología infantil, frente al personal de ámbito pediátrico hospitalario y atención primaria de la comunidad autónoma; y evaluar la necesidad de sesiones de coaching con psicólogo especialista en duelo-muerte.

Metodología: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, multicéntrico y multiprofesional, cuya población a estudio fue personal sanitario de pediatría de la

CCAA. Se aplicó una encuesta de elaboración propia en el que se recogían datos demográficos, profesionales, creencias y Escala de Bugen. Los datos fueron analizados con el programa IBM SPSS v.20, realizando análisis uni-y bi-variante.

Resultados: no se encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos, apareciendo un afrontamiento intermedio. Tan sólo el personal que lleva trabajando más de 20 años, presenta un mejor afrontamiento. Se realizan talleres de coaching al personal de oncología infantil, y a los 30 días se aplica nuevamente Escala de Bugen, apareciendo un afrontamiento óptimo.

Discusión: aunque la hipótesis inicial fue que el personal de enfermería de oncología pediátrica debía tener un mejor afrontamiento a la muerte, al estar en contacto continuo con ésta, se observó que no había diferencias entre los distintos grupos de estudio. Se detectó la necesidad de asesoramiento para mejorar el afrontamiento, para lo que se programaron sesiones de coaching duelo-muerte, mejorando los resultados de la encuesta pre-sesiones.

Palabras clave: Afrontamiento, muerte, oncología, pediatría, profesionales sanitarios.

SUMMARY:

Death is a fact that occurs daily in nursing practice. The professionals who face death better are more effective in the care performance.

Objectives: to evaluate the degree of coping with death in the nursery staff of a children's oncology unit, in front of the personnel of the pediatric hospital and primary care of the autonomous community; and evaluate the need for coaching sessions with a grief-death specialist psychologist.

Methodology: Descriptive, longitudinal, prospective, multicenter and multiprofessional study, whose population under

study was pediatric health personnel of the CCAA. A self-prepared survey was applied in which demographic, professional, beliefs and Bugen Scale data were collected. It was analyzed through the SPSS 20 program and univariate and bivariate analyzes were made.

Results: no significant differences were found between the different groups, and an intermediate coping appeared. Only the staff that has been working for more than 20 years presents a better coping. Coaching workshops are carried out for the children's oncology staff, and after 30

days, the Bugen Scale is again performed, resulting in optimal coping.

Discussion: although the initial hypothesis was that the pediatric oncology nursing staff should have a better coping with death, being in continuous contact with it, it was observed that there were no differences between the different study groups. The need for counseling to improve coping was detected, for which dual-death coaching sessions were programmed, improving the results of the pre-session survey.

Key words: Coping, death, oncology, pediatric, health professionals.

INTRODUCCIÓN

La muerte no es algo simple, ya que al fenómeno fisiológico, se unen creencias, emociones y actos que dan un carácter peculiar y varían en función del contexto histórico. Es el cese absoluto de las funciones vitales, mientras que el morir es el proceso por el que se llega a la muerte (1).

Históricamente, las diversas culturas han atribuido a la muerte múltiples significados. El conjunto de ideas y de creencias sobre la muerte han formado parte de la educación de los individuos, ayudándolos a dar sentido a su propia vida y a soportar la pérdida de las personas cercanas (2).

A lo largo de la historia ha habido un cambio importante en relación con este tema. Antiguamente era algo familiar, y en la actualidad tendemos a alejarla de nosotros; se ha convertido en un tema vergonzante y objeto de tabú. Todos en general tendemos a ocultarla y alejarnos de los moribundos, ya que la visión de la muerte de otros puede concienciarnos de la propia (3). Este alejamiento se ha dado en los últimos años coincidiendo con el desarrollo y la extensión de las estructuras hospitalarias; se ha trasladado al hospital, apartándola de nuestras casas, rodeando a la persona cercana a la muerte de mutismo; no se habla

de lo que sucede, se oculta, se niega (4).

Paralelamente, las ideas y creencias en relación a la muerte cada vez ocupan menos lugar en la educación, y los individuos son cada vez más frágiles y vulnerables frente a la realidad de la muerte, no disponen de estrategias que permitan afrontarla con el menor sufrimiento posible cuando este hecho se presenta y, están más indefensos frente a la experiencia de pérdida en la vida. En España, no existe de forma específica una educación para la muerte en ningún nivel educativo. En los niveles universitarios se da una formación insuficiente y, además, solo en titulaciones relacionadas con la salud (2).

La muerte es un hecho que ocurre a diario en la práctica enfermera, es un evento único, difícil y estresante a la que se enfrentan los profesionales de la salud (5). Los profesionales que se sienten competentes y afrontan mejor la muerte son más eficaces en el desempeño de su labor asistencial. En el caso de la educación sobre la muerte es evidente que no es posible proporcionar una experiencia directa con la misma, pero es posible utilizar métodos más o menos indirectos que permitan estimular actitudes relacionadas con ella, y de este modo

abrir las al cambio (películas, vídeos, charlas, grupos de discusión...) (6)(7).

Este fenómeno de morir no deja ajenos a los profesionales de la salud en especial a enfermería, ya que conviven y trabajan en una cultura particular que los lleva a enfrentar a la muerte. Como hemos comentado, hoy en día se oculta la muerte, lo que hace aún más difícil hacerle frente de modo natural. Los avances tecnológicos y científicos han complicado aún más este proceso, pues se utilizan para luchar a toda costa contra lo inevitable, la muerte (8).

En estas circunstancias los profesionales se plantean el proceso de morir y muerte de sus pacientes, donde el cuidado pasa a constituir una herramienta mediadora que puede contribuir a mejorar la calidad del morir (8).

Sin embargo, enfrentar la experiencia del cuidado durante el proceso de morir y muerte, requiere de ciertas habilidades emocionales, que tienen que ver con la forma de comunicarse con el paciente, con su toma de decisiones, su capacidad de afrontamiento, la resolución de problemas y también con su integración en el conjunto asistencial. Existe la tendencia en

la formación biomédica que aún en cierto modo impera, que produce una deficiente visibilización y adquisición de estos aspectos emocionales en la formación de los profesionales (8).

En los hospitales existen barreras que dificultan prestar buenos cuidados en el proceso de morir. Con el avance en técnicas y tecnología ha aumentado la expectativa de vida, con aparición de unidades especifi-

cas que manejan un lenguaje complicado que necesita adaptarse al paciente y a la familia en el momento en el que se va a ofrecer información sobre el estado del paciente o las posibilidades de tratamiento (9).

Mediante la escala de afrontamiento a la muerte de Bugen (anexo1)(10), la cual surgió en el contexto de los cuidados paliativos u “hospice”, Bugen ofreció formación

orientada al desarrollo de las habilidades de los voluntarios de los “hospice” e ideó una escala, que incluía competencias específicas que los voluntarios deberían tener después de su formación. La escala de Bugen ha servido para operacionalizar la noción de competencia ante la muerte, ha sido utilizada para valorar el afrontamiento en diferentes colectivos y ha sido validada en español y para la población española (6) (11).

JUSTIFICACIÓN

En las unidades de oncología infantil se está constantemente en contacto con la muerte y el proceso de morir. El personal sanitario de dicha unidad tiene que estar formado, para poder ofrecer unos cuidados de calidad en dicho momento y para afrontar el proceso.

En nuestro estudio comparamos el afrontamiento a la muerte entre las distintas unidades de pediatría de una comunidad autónoma de España.

OBJETIVOS

- Evaluar el grado de afrontamiento a la muerte en el personal de enfermería de una unidad de oncología infantil de un hospital de referencia, frente al personal de ámbito pediátrico hospitalario y atención primaria de la comunidad autónoma de las Illes Balears.
- Evaluar la necesidad de sesiones de coaching con psicólogo especialista en duelo-muerte.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, multicéntrico y multiprofesional, cuya población a estudio fue el personal de enfermería de la unidad de oncología infantil del hospital de referencia de las Illes Balears (Hospital Universitario Son Espases), así como el personal sanitario de pediatría de atención primaria y hospitalaria de dicha CCAA, con una muestra de 268 trabajadores (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería)

Se aplicó una encuesta de elaboración

propia en la que se recogían datos demográficos (edad, sexo), profesionales (centro de trabajo, unidad, años de trabajo, antigüedad en el servicio, categoría profesional), creencias (creencias espirituales, religiosas, tipo de religión) y Escala de Bugen de afrontamiento a la muerte.

La Escala de afrontamiento a la muerte de Bugen, consta de 30 ítems, cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1-7, en el que 1 significa estar totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de

acuerdo. La puntuación mínima es 30 y la máxima 210. Valores inferiores a 105 puntos indican afrontamiento inadecuado y valores superiores a 157 afrontamiento óptimo.

La recogida de datos se hizo de manera on-line, a través de Google Drive.

Para analizar los datos se hizo un análisis uni y bivariante y se utilizó el programa IBM SPSS v.20 para Windows.

RESULTADOS

La muestra (n=268) se dividió en atención primaria (n=39, 14,55%), CCEE (n=8, 3%), Cuidados Intensivos Neonatales (n=25, 9,3%), Cuidados Intensivos Pediátricos (n=24, 9%), Unidades de Hospitalización de pediatría (n=69, 25,7%), Unidad de Neonatos-Cuidados intermedios neonatales (n=43, 16%), Unidad de oncología pediátrica (n=25, 9,3%), residentes de pediatría (n=7, 2,6%) y Urgencias pediátricas (n=28, 10,4%).

En cuanto a los datos demográficos el 10,8% (n=29) son de sexo masculino y 89,2% (n=239) de sexo femenino.

En lo referente a la categoría profesional, un 63,5% (n=170) son enfermeras, un 22% (n=59) auxiliares de enfermería y un 14,5% (n=39) médicos.

La distribución por hospitales de la comunidad es, un 62,3% (n=167) son trabajadores del Hospital Universitario Son Espases (Mallorca), un 14,5% (n=39) del Área de Atención Primaria de Mallorca, un 7,8% (n=21) de Hospital Son Llátzer (Mallorca), un 5,22% (n=14) del Hospital Comarcal de Inca (Mallorca), un 5,22% (n=14) del Hospital Comarcal de Manacor (Mallorca), un 4,1% (n=11) del Hospital Mateu Orfila (Menorca) y un 0,755% (n=2) del Hospital Can Misses (Ibiza).

En cuanto a antigüedad en la práctica, un 4,8% (n=13) llevan menos de 1 año trabajando en la misma categoría profesional, un 9,7% (n=26) llevan entre 1-5 años, un 19,8% (n=53) llevan entre 6-10 años, un 25,4% (n=68) entre 11-15 años y un 27,6% (n=74) llevan más de 20 años.

En cuanto a la antigüedad en el servicio donde trabajan, un 9,3% (n=25) llevan menos de 1 año en el mismo puesto, un 27,2% (n=73) entre 1 y 5 años, un 26,1% (n=70) entre 6 y 10 años y un 37,3% (n=100) más de 10 años.

Un 48,5% (n=130) no procesa ninguna religión, frente a un 51,5% (n=138) procesa alguna. Un 29,8% (n=80) no tiene ningún tipo de creencia espiritual, frente al 70,2% (n=188) que si la tiene.

Al realizar la Escala de Bugen (EB) podemos analizar que en ninguna de las unidades donde se realizó la EB presenta un afrontamiento óptimo, no habiendo diferencias significativas entre el personal que trabaja en oncología pediátrica (EB=135), y el resto del personal de pediatría (EB=147-111), apareciendo afrontamiento intermedio. En cuanto al sexo, aparece el mismo afrontamiento entre hombres (EB=131) y mujeres (EB=128). También

podemos observar un mejor afrontamiento en el personal que lleva más de 20 años trabajando (EB=133), pero con poca diferencia del resto de grupos, siendo en todos los casos un afrontamiento intermedio. Tampoco hay diferencia entre si profesa alguna religión/no profesa (EB=125/129), ni dependiendo del tipo de religión.

Debido a un afrontamiento intermedio del personal de la unidad de oncología infantil, se deciden realizar talleres de coaching con una psicóloga experta en duelo/afrontamiento a la muerte. Estas sesiones se distribuyen en 3 días a la semana durante 2 semanas consecutivas, con un total de 30 horas.

A los 30 días se vuelve a aplicar la Escala de Bugen al personal que acudió a los talleres (n=23), apareciendo un afrontamiento de EB=183 (afrontamiento óptimo). Hay un ligero mejor afrontamiento de mujeres (EB= 185) frente a hombres (EB=179), no habiendo diferencias significativas entre el personal que lleva más de 10 años y entre 5-10 años trabajando en la unidad (EB=184/181), y aunque siendo un afrontamiento óptimo hay más diferencia con los trabajadores que llevan en la unidad entre 1-5 años (EB=175) y los que llevan menos de 1 año (EB=162).

DISCUSIÓN

Aunque la hipótesis inicial fue que el personal de enfermería de oncología pediátrica debía tener un mejor afrontamiento a la muerte, al estar en contacto continuo con esta, se observó que no había diferencias entre los distintos grupos de estudio. Se detectó la necesidad de asesoramiento para mejorar el afrontamiento, para lo que se programaron sesiones de coaching duelo-muerte, mejorando los resultados de la encuesta pre-sesiones.

En el año 2004, Brysiewicz y McLnerney (12) también pusieron en marcha un taller con habilidades relacionadas con el afrontamiento a la muerte, y detectaron diferencias significativas entre el pretest y el post-test. Nuestros resultados están en la línea de dichos autores.

En el año 2009, Claxton-Oldfield et al. (13) también llevaron a cabo un programa de formación de 27 horas, y encontraron

que los participantes en dichas sesiones eran más eficientes a la hora de afrontar a la muerte, nuestros resultados también coinciden con ellos.

El personal sanitario que participa en programas de formación sobre afrontamiento a la muerte, se sienten más seguros y preparados para trabajar con pacientes en situaciones que limitan la vida o están cercanos a la muerte.

CONCLUSIÓN

Las sesiones de coaching en duelo-muerte son necesarias en personal que está en contacto directo con pacientes en proceso de muerte y mal afrontamiento a esta.

BIBLIOGRAFÍA:

- Schmidt-RioValle J. Validación de la versión española de la “Escala de Bugen de Afrontamiento de la muerte” y del “Perfil revisado de actitudes hacia la muerte “: Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención [tesis doctoral]. Universidad de Granada, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería; 2007.
- Siracusa, Fabiana; Cruz-Quintana, Francisco; Pérez-Marfil, Ma Nieves; García-Caro, Ma Paz; Schmidt-Ríoalle, Jacqueline; et al. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en padres de niños de primaria. *Psicología Conductual* 19.3 (2011): 627-642.
- Marti-García C, et al. Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *Med Paliat*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.007>
- Roure Torné, Mariona. “Estressors i ansietat en els cuidatges pal·liatius: Una proposta de canvi en el pla d’estudis d’Infermeria”. Col·lell Brunet, Ramon. 2013. <http://hdl.handle.net/10459.1/46974>. [Consulta: 08-07-15].
- Vazquez MA. Estudiantes de enfermería y su afrontamiento ante la muerte de pacientes [tesis doctoral]. Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería; 2010.
- Schmidt-RioValle, J., Montoya-Juarez, R., Campos-Calderon, C. P., Garcia-Caro, M. P., Prados-Peña, D., & Cruz-Quintana, F. (2012). Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Medicina Paliativa*, 19(3), 113–120. doi:10.1016/j.medipa.2010.11.001
- Wessel EM, Ruledge DN. Home care and Hospice nurses attitudes toward death and caring for the dying: Effects of palliative care education. *J Hosp Palliat Nurs*. 2005;7:212-8
- Espinoza V. Maritza, Sanhuesa A. Olivia. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta paul. enferm.* 2012 [cited 2015 Sep 06]; 25(4): 607-613. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>
- Pascual Fernández MC. Evaluación de los cuidados en el proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera. *NURE Inv* [Internet]. Nov-Dic 2013 [citado 06 Sept 2015]; 10(67). http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE67_original_uci.pdf
- Bugen LA. Coping: Effects of death education. *J Death Duing*. 1980-1981; 11: 175-83.
- Siracusa, F., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, Mª N., García-Caro, MP., Schmidt-Rioalle., Vera-Martínez, M. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en padres de niños de primaria. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 19, N° 3, 2011, pp. 627-642. ISSN: 1132-9483
- Bryiewicz P, McLnerney PA. A pilot study of competency amongst health workers in the Uthukela District in Kwazulu-Natal. *Curatoinis*. 2004; 27: 43-8
- Claxton-Oldfield S, Crain M, Claxton-Oldfield J. Death anxiety and death competency: the impact of a palliative care volunteer training program. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007; 23: 464-8

ANEXO 1

ESCALA DE BUDGEN DE AFRONTAMIENTO A LA MUERTE (1980-1981)

Por favor, valore en una escala del 1 al 7 su nivel de acuerdo con cada una de estas afirmaciones

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Neutral				Neutral	
___ 1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.						___ 11. Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral.
___ 2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir.						___ 12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte.
___ 3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.						___ 13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente.
___ 4. Estoy enterado de los servicios que hace las funerarias.						___ 14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.
___ 5. Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.						___ 15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir.
___ 6. Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan el duelo humano.						___ 16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual.
___ 7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida.						___ 17. Me importa más la calidad de vida que su duración.
___ 8. Me siento preparado para afrontar mi muerte.						___ 18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos
___ 9. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.						___ 19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte.
___ 10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte.						___ 20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.
						___ 21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí



ARTÍCULO

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN

Beatriz Alcober Fuertes

Enfermera de hospitalización en el servicio de oncología médica y cuidados paliativos.

Centro: Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. España

Contacto: beatriz.alcober@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de pulmón es la primera causa neoplásica de muerte a nivel mundial. Para su tratamiento se emplean terapias altamente agresivas, por ello es importante tener en cuenta la calidad de vida (CV) y contribuir a ampliar el conocimiento sobre el mismo valorando la CV en estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en un grupo de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal.

Los pacientes rellenaron dos cuestionarios: EORTC QLQ-C30 (CV en paciente

oncológico en general) y EORTC QLQ-L13 (específico de cáncer de pulmón).

Así mismo se recogieron datos clínicos y sociodemográficos.

Resultados: Se recogieron 113 cuestionarios. El 81,42% fueron hombres y el 18,58% mujeres. El estadio más frecuente al diagnóstico fue el estadio IV con un 50 % de los pacientes y el estadio IIIb con un 24,5 %.

En el cuestionario EORTC QLQ-C30, estadios I-II en comparación con el estadio IV, no presentaron pérdida de CV, lo que se reflejó en la elevada puntuación en las escalas funcionales y de sintomatología.

En el cuestionario EORTC QLQ-L13, los síntomas tos, dolor y disnea mostraron

puntuaciones altas, lo que indica que no interfieren notablemente en la CV.

Conclusiones: Según resultados obtenidos a través de los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-L13, los pacientes difieren en la percepción de la CV según el estadio de la enfermedad.

Palabras clave: Calidad de vida - cáncer de pulmón - EORTC

ABSTRACT

Introduction: Lung cancer is the leading neoplastic cause of death worldwide. For its treatment are used highly aggressive therapies, therefore it is important to take into account the quality of life (QL) and to contribute to improve the knowledge about it by assessing the QL in these patients.

Objectives: Analyse the quality of life in a group of patients diagnosed with lung cancer at the Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Methodology: Descriptive, observational and cross-sectional study.

Patients completed two questionnaires: EORTC QLQ-C30 (QL in cancer patient in general) and EORTC QLQ-L13 (lung cancer specific).

Clinical and sociodemographic data were also collected.

Results: A total of 113 questionnaires were collected. 81.42% were men and 18.58% were women. The most common stage at diagnosis was stage IV with 50% of patients and stage IIIb with 24.5%. In the EORTC QLQ-C30 questionnaire, stages I-II compared to stage IV, didn't present loss of QL, which was reflected in the high scores on the functional and sympto-

matological scales.

In the EORTC QLQ-L13 questionnaire, cough, pain and dyspnea symptoms showed high scores, indicating that they did not significantly interfere with QL.

Conclusions: According to results obtained through the EORTC questionnaires QLQ-C30 and QLQ-L13, patients differ in the perception of QL according to the stage of the disease.

Key words: Quality of life – lung cancer – EORTC

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la enfermedad que se encuentra entre las principales causas de muerte a nivel mundial(1).

Dentro de las localizaciones tumorales de mayor repercusión tanto a nivel mundial como nacional se encuentra el cáncer de pulmón(2), observándose además, un aumento de su incidencia.

Se ha podido comprobar, que la incidencia y prevalencia del cáncer de pulmón, tanto nacional como en Aragón, va en aumento año tras año, incluso predicciones de algunos estudios, han reflejado este aumento y la escasa diferencia en cuanto incidencia y prevalencia demuestra la alta letalidad de dicho cáncer(3-6).

Debido al aumento de la incidencia y prevalencia del cáncer de pulmón, tanto a nivel mundial, europeo como nacional y el elevado coste sanitario, económico y social que conlleva tanto la enfermedad como su tratamiento, hacen de ésta, una de las prioridades en salud pública(7-11).

A pesar de los avances realizados en el campo de la medicina en las últimas décadas, la falta de una cura ha hecho que el prolongar el tiempo de supervivencia de los pacientes sea objetivo e indicación principal en la elección de un tipo u otro

de tratamiento. En muchos casos, para alargar los años de vida de los pacientes hay que tener en cuenta otros aspectos como la calidad de vida percibida, en la que la enfermería como eje central de cuidados, tiene un papel fundamental(12).

La calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud. Su evaluación se considera una nueva estrategia para el análisis de los resultados de programas terapéuticos, reforzando los indicadores de salud, tales como el control de los síntomas, índices de mortalidad y expectativas de vida, ya que por sí solos no bastan para estimar la eficacia y efectividad de los programas de salud, que a su vez, evalúan la salud de la comunidad(13).

El hecho de emplear escalas para la recogida de datos, asegura al profesional sanitario una mayor eficacia en la atención de la población y todo ello hace que exista una mejora en la relación paciente-profesional sanitario(14,15).

Actualmente, se considera que el cuidado del paciente oncológico debe responder a una visión multidimensional, que trate de evidenciar el nivel de bienestar psicológi-

co además del físico y social relacionado tanto con la enfermedad como en el tratamiento; ya que se está demostrando la importancia del estado afectivo-emocional del paciente en la evolución de esta enfermedad(16).

Desde hace un tiempo, existen en el ámbito sanitario diferentes índices para determinar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Algunas escalas de uso habitual son la escala de Karnofsky, el cuestionario de Spitzer y el Funcional Living Index Cancer (FLIC), entre otras. Sin embargo, todas estas escalas tienen pobres resultados de fiabilidad por no haber sido elaboradas exclusivamente para valorar la calidad de vida o por centrarse sólo en algunos aspectos de la misma(17).

La Organización Europea para la Investigación en el Tratamiento del Cáncer (EORTC) es un organismo internacional en el que participan investigadores de diferentes países que trabajan en el área de la Oncología.

El Grupo de Calidad de Vida de esta organización fue creado con la misión de desarrollar medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Estos profesionales llegaron a un consenso que les permitió desarrollar un cuestionario, para evaluar la calidad de vida de los pacientes que participan en ensayos clínicos sobre el cáncer(18,19), conocidas como EORTC QLQ-C30 y

EORTC QLQ-LC13.

Aunque existen algunos estudios realizados con el objetivo de evaluar la calidad de vida, a través de este trabajo, se quiere contribuir a ampliar el conocimiento sobre

el mismo en un área de salud determinada valorando la calidad de vida en los pacientes con cáncer de pulmón tratados en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

METODOLOGÍA

Sujetos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el que se incluyó a todos los pacientes que fueron diagnosticados de cáncer de pulmón y evaluados por un comité de tumores del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

En esta publicación se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón primario que de forma voluntaria y anónima, accedieron a realizar los cuestionarios de este trabajo previa información de los objetivos del estudio, y que firmaron el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: tener diagnóstico de cáncer de pulmón con independencia de su tipo histológico, ser conocedor de su diagnóstico y ser mayor de edad.

Así mismo se consideraron criterios de exclusión: diagnóstico de otras neoplasias intratorácicas (pleura...), pacientes que no conocían su diagnóstico, menores de edad y pacientes que no están en sus plenas facultades.

Se consideraron pérdidas aquellos pacientes que revocaron en algún momento su consentimiento.

Métodos

Se incluyeron pacientes de manera con-

secutiva desde Junio de 2015 hasta Febrero de 2016.

La captación de pacientes se realizó visitando los distintos destinos elegidos para el estudio, servicio de Radioterapia, servicio de Hospitalización de Oncología Médica y Cuidados Paliativos, Consultas Externas de Cirugía Torácica y Hospital de Día.

A todos los pacientes se les hizo primero entrega de la hoja de información y se les pasó el consentimiento informado para su firma.

Para la recogida de los datos clínicos y socio-demográficos, se utilizó la historia clínica médica del paciente y se realizó una breve entrevista.

En último momento se entregaron los cuestionarios de Calidad de Vida. Los cuestionarios fueron rellenados por los pacientes en presencia de un investigador que resolvía las dudas relacionadas con los mismos. Si era necesario el paciente podía recibir ayuda de un familiar para cumplimentar el cuestionario.

Instrumentos

Todos los pacientes rellenaron dos cuestionarios de calidad de vida validados.

Un primer cuestionario general, el EORTC QLQ-C30 (European organization for research and treatment of cancer quality life

questionnaire core 30). Este cuestionario está estructurado en 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), 3 escalas de sintomatología (fatiga, dolor y náuseas, vómito), una escala de estado global de salud y en último lugar, 6 ítems independientes de síntomas y tratamiento y un ítem de impacto financiero. Se asignan valores entre 1 y 4, exceptuando los ítem 29 y 30 que se evalúan con puntaje de 1 a 7.

El segundo cuestionario a rellenar fue el EORTC QLQ-LC 13, el cual consta de 13 ítems de síntomas específicos de cáncer de pulmón, formado por preguntas abiertas.

Los resultados de las dos escalas de estandarizaron en un rango de 0 a 100, en donde a mayor puntuación significa un mejor nivel funcional y mejor tolerancia a los síntomas, y a menor puntuación, peor calidad de vida.

Análisis de datos

Al tratar con indicadores estadísticos descriptivos de las características clínicas y socio-demográficas y puntuaciones de las escalas EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-LC13, se han empleado la frecuencia, media y desviación estándar.

RESULTADOS

Se incluyeron 113 sujetos con cáncer de pulmón, de los cuales el 48,67% fueron ambulatoriamente a Hospital de día, el 34,51% estaban hospitalizados, el 5,31% pertenecían a consultas de cirugía torácica y el 11,51% se reclutaron en Radioterapia. Las características sociodemográficas

y clínicas se muestran en la tabla 1.

La media de edad fue de $62,98 \pm 8,09$.

Separándolos por el sexo, el 81,42% correspondía a hombres y el 18,58% a mujeres.

En cuanto al estadio en el momento del

diagnóstico, el 49,56% correspondía a un estadio IV, seguido del 23,89%, casi la mitad, que correspondió al estadio IIIb.

Respecto a la presencia de enfermedades asociadas, el 30,97% no presentaba comorbilidades asociadas mientras que el resto presentaba al menos una enferme-

dad asociada.

En relación al tratamiento recibido, la mayor parte recibió quimioterapia (41,60%) o quimioterapia y radioterapia (30,09%).

En cuanto al hábito tabáquico, el 57,14% era ex fumador y un 34,82% fumaba tras el diagnóstico de la enfermedad.

Al análisis de los resultados obtenidos en el cuestionario EORTC QLQ-C30, se comprobó que en estadios I-II, en relación a la calidad de vida percibida la puntuación global fue de 69,42. En general las escalas funcionales obtuvieron puntuaciones altas, siendo la de rol la que obtuvo la menor puntuación. En cuanto a la puntuación de sintomatología, se obtuvieron puntuaciones elevadas, que en comparación con estadio IV, que se diferencian en 20 puntos en síntomas como hiporexia, fatiga o dolor, así mismo la puntuación más baja corresponde a la presencia de fatiga (69,44).

En estadios IIIa-IIIb, bajaron puntuaciones en las funciones física y rol, sin embargo funciones como emocional y cognitiva, se obtuvo mejores resultados que en el estadio anterior. Respecto a los síntomas, hay un descenso en la puntuación de todos ellos, pero destacó la hiporexia, fatiga, disnea e insomnio, cuyas puntua-

ciones se asimilan al estadio IV. En cuanto a la calidad de vida estaríamos ya en una puntuación entorno del 50, casi 20 puntos menos que en estadios precoces, coincidiendo con esta diferencia en el impacto económico.

En lo que concierne al estadio IV, la escala que se encontró más afectada es la función del rol, con una puntuación de 44,65, siguiendo la función física y social. Si se analiza la sintomatología, las puntuaciones más bajas correspondieron con la fatiga, seguido de dolor e insomnio. No se llega a evidenciar una gran repercusión económica, puesto que se obtiene un valor de 73,21, que se considera más que aceptable, por el contrario, la percepción de la calidad de vida disminuyó hasta obtener una puntuación de 49,98, 20 puntos menos que estadios precoces, lo que quiere decir que estos pacientes perciben una falta en su calidad de vida.

Esto confirma que los pacientes con estadios más avanzados, muestran peor calidad de vida que los de estadios inferiores.

Para poder hacer una estimación del impacto psicológico que causa esta enfermedad en las personas diagnosticadas de cáncer de pulmón, se tuvieron en cuenta las preguntas relacionadas con la función emocional, y se observó que los resulta-

dos obtenidos no eran sugestivos de depresión, ni ansiedad.

Analizando los resultados del cuestionario EORTC QLQ-L13, el específico de pulmón, destacó el síntoma de la tos, como muestran los resultados de la tabla 2, que obtuvo el peor resultado en todos los estadios.

Se puede observar que los estadios I-II, obtuvo una puntuación de 69,17; pero sin embargo se observó que el estadio que más acusa el síntoma de la tos fue el III-b que obtuvo 50 puntos, y sorprendió que en el estadio más avanzado obtuvo mejor puntuación.

El siguiente síntoma que se ve más afectado en estadios I-II es la disnea, que obtuvo una puntuación de 81,95, pero que en cambio en estadio IV el que obtiene menos puntuación detrás de la tos fue el dolor, con una puntuación de 77,99.

En general se muestran puntuaciones muy altas y poca diferencia entre estadios precoces y avanzados, lo que quiere decir que no interfiere mucho en la calidad de vida ninguno de los síntomas analizados.

En relación a la presencia de metástasis, la mayoría de los pacientes que las padecían se localizaban a nivel óseo y cerebral.

DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio descriptivo, se ha encontrado relación directa entre los estadios más graves (III-IV) y la presencia de sintomatología, lo que viene a significar que, los pacientes con estadios más evolucionados (III-IV), presentan peor calidad de vida si lo comparamos con los estadios más leves.

Todo ello también se evidencia en cada una de las escalas funcionales, en las cuales disminuye la puntuación conforme evoluciona la gravedad de la enfermedad.

Dicha conclusión se observa por las puntuaciones obtenidas de los cuestionarios EORTC, tanto el genérico como el específico.

Tal y como se mencionó anteriormente, se observó que en los estadios I-II, tuvieron una puntuación más elevada que en el estadio IV, tal es así que hay una diferencia de casi 20 puntos.

Se comparó este estudio con otro en España que empleó el mismo cuestionario, EORTC QLQ-C30 (20), cuya diferencia residía en que dividió a los pacientes por estadios dentro de células no pequeñas y de células pequeñas. En éste estudio se coincide en que obtuvieron peor calidad de vida en los estadios avanzados de células no pequeñas que los estadios más bajos.

Uno realizado en Colombia(21), el cual también empleó los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ- L13, difería en que no separó a los pacientes por estadios, los analizaron como un único grupo, sus resultados en las escalas funcionales fueron puntuaciones elevadas equiparables a las obtenidas en este estudio en los estadios I-II, en general se concluía que la muestra refería buena calidad de vida, al igual que no tenían muestras de dificultades económicas. El único síntoma que destacaban con puntuación más baja fue el dolor, el cual es uno de los síntomas que también se destacan en este estudio.

Un trabajo realizado en Cambridge(22), comparó pacientes únicamente

intervenidos, difiere de este estudio en que es longitudinal y los pacientes fueron encuestados antes de la intervención y 1, 3 y 6 meses posterior a la cirugía.

Los pacientes de nuestro estudio captados en consultas, ya habían sido sometidos a cirugía, y mostraban una calidad de vida buena.

Sin embargo, en este otro estudio, nos demuestran que los pacientes intervenidos a corto plazo refieren efectos negativos de la cirugía, emporando su calidad de vida, pero que desaparecieron en la reevaluación a los 6 meses.

Destaca que síntomas como la tos y la expectoración, que limitan mucho la calidad de vida en estos pacientes, desaparecieron inmediatamente tras la cirugía. Precisamente, en nuestro estudio, la tos es el síntoma que presenta una puntuación más baja, por lo que coincide con el estudio anteriormente mencionado, en que es uno de los factores limitantes de la calidad de vida en estos enfermos.

Ambos estudios concuerdan en que los pacientes intervenidos son los que consiguen mejor calidad de vida, o por lo menos así lo perciben los mismos.

Se localizó un estudio realizado en nuestro país(23) en el que se había evaluado la

calidad de vida en estos pacientes usando la EORTC QLQ C-30 y EORTC QLQ-L13. En este artículo los incluían como único grupo, aunque difiere el estudio en que es longitudinal y realizan los cuestionarios antes y después de la cirugía, y dentro de éste en el tipo de cirugía. Las puntuaciones que obtenían como único grupo en las distintas escalas funcionales eran altas, similares a las obtenidas en nuestro estudio en los estadios precoces, ya que la mayoría de sus pacientes pertenecían a estadios más leves. Destacan como síntoma la disnea, seguido de fatiga y dolor, que en parte se coincide con este estudio, ya que en todos los estadios precoces unos de los síntomas que más acusan es la fatiga y en estadio IV el dolor.

Al inicio del estudio, se contempló la posibilidad de encontrar algunos sesgos o limitaciones, por ejemplo en cuanto a la información, relacionado con la recogida asimétrica de datos entre los grupos de estudio, fallo de memoria por parte de los pacientes, y a la hora de la selección, que se intentó evitar utilizando criterios de inclusión y exclusión estrictos.

Por otra parte se cree que ha podido sesgar el estudio el hecho de que la mayoría de pacientes se han captado de hospitalización y del servicio de hospital de día,

cuya calidad de vida es peor en su conjunto que los obtenidos de consultas de cirugía torácica y radioterapia.

Al igual que se es consciente de que la mayor parte de la muestra presenta estadios avanzados y que sólo 12 pertenecen a estadios I y II.

En conclusión, tal y como muestran los resultados de este estudio, obtenidos mediante los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-L13, los pacientes según el estadio de la enfermedad difieren en la percepción de la calidad de vida, siendo los de estadios más leves los que mejor calidad de vida presentan.

Así mismo, se hallaron diferencias en cuanto al lugar de captación de los pacientes, siendo los que venían de consulta de cirugía torácica, radioterapia y hospital de día los que presentaban mejor calidad de vida, por el contrario, los captados en hospitalización, referían peor calidad de vida, por lo que todo orienta a la clínica que presentan que podemos valorar.

Por todo lo analizado anteriormente, a través de este estudio, se ha querido contribuir a ampliar el conocimiento sobre la calidad de vida en los paciente con cáncer de pulmón y aumentar el interés a la hora de planificar intervenciones en los cuidados de la salud.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a aquellas personas que ayudaron en la captación de los pacientes en los diferentes servicios.

A los profesionales de los servicios de Hospitalización de Oncología Médica y Cuidados Paliativos, Radioterapia, Hospital de Día y Consulta de Cirugía Torácica

del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, que facilitaron la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. Suiza: OMS; 2011 [Acceso febrero 2015]. Disponible en: www.who.int.
2. International Association of Cancer Registries: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide (2000 estimates). [Acceso en Febrero 2015]. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/globocan/globocan.html>
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC. [Acceso en febrero 2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanacom/104582-el-cancer-en-espana-2014>.
4. MJ Sánchez y col. Sociedad Española oncología. GLOBOCAN 2008. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC. [Acceso en
5. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2013;132(5):1133-45.
6. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia [sede Web]. Madrid: [citado febrero 2015]. Registro Mortalidad. Disponible en: <http://goo.gl/kkZGqd>.

7. SOLIDORO SANTISTEBAN, Andrés. Cáncer en el Siglo XXI. Acta méd. peruana, Lima, v. 23, n.2, mayo 2006. [Acceso en Agosto del 2017]. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172006000200011&lng=es&nr-m=iso>.
8. Klein R, MS, Wielage R, MA, MPH, Muehlenbein C, MPH, MBA, Liepa AM, PharmD, Babineaux S, MS, RPh, Lawson A, MA, and Schwartzberg L, MD. Cost-Effectiveness of Pemetrexed as First-Line Maintenance Therapy for Advanced Nonsquamous Non-small Cell Lung Cancer *Journal of Thoracic Oncology*. Volume 5, Number 8, August 2010.
9. Martínez-Olondris P, Molina-Molina M, Xaubet A, Marrades RM, Luburich P, Ramírez J, Torres A y Agusti C. Punción transbronquial aspirativa en el estudio de las adenopatías mediastínicas: rentabilidad y coste-beneficio. *Arch Bronconeumol*. 2008;44(6):290-4.
10. Catalá-López F, García-Altés A, Álvarez-Martín E, Gènova-Malerase R, Morant-Ginestar C y Arana E. Evaluación económica de intervenciones en enfermedades oncológicas en España: revisión sistemática y análisis comparativo. *Farm Hosp*. 2012;36(3):141—147.
11. Camps Herrero C, Caballero Díaz C y Blasco Cordellat A. Farmacoeconomía y los costes de los medicamentos contra el cáncer. *Farm Hosp*. 2010;34(Supl 1):12-15.
12. Hospital ML. La importancia del cuidado de enfermería para los pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología*. Vol. 3, Núm. 2-3, 2006, 431-437.
13. Luxardo N. El cuerpo medido. Escalas y mediciones de la calidad de vida de personas con cáncer. IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2007.
14. Braña Marcos B, Carrera Martínez D, Mónica de la Villa Santoveña, Avanzas Fernández S, Gracia Corbato MT, Díaz Barroso A. La estimación de la calidad de vida como parte fundamental de la atención integral en mujeres con cáncer de mama. *Metas de Enfermería* 2010;13(9): 67-70.
15. Echegoyen Carmona R, Camacho Mendoza C. Calidad de vida y cáncer pulmonar. *Neumol Cir Torax*. Vol. 70 - Núm. 3:172-178; Julio-septiembre 2011.
16. Legelen, V. Desde la perspectiva de la psico-oncología : calidad de vida en pacientes en etapa terminal. Monografía. Universidad de la República (Uruguay). 2014.
17. Health-related quality of life questionnaires in Lung cancer trials: a systematic literature review. Damm K, Roeske N, Jacob C. *Health Economics Review*. 2013, 3:15. Disponible en: <http://www.healtheconomicsreview.com/content/3/1/15>.
18. Bermúdez C, Moreno Collazos HF, Angarita Fonseca JE, Adriana. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Rev. Enfermería Global*. Vol. 12, Núm. 2: 294-303, Abril 2013. [Acceso en Enero 2015]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/11691>.
19. Velikova G, Coens C, Efficace F, Greimel E, Groenvold M, Johnson C, Singer S, van de Poel-Franse L, Young T, Bottomley A, on behalf of EORTC Quality of Life Group and EORTC Quality of Life Department. Health-Related Quality of Life in EORTC clinical trials 30 years of progress from methodological developments to making a real impact on oncology practice. *EJC supplements*10,Núm.1: 141–149, 2012.
20. Etxeberria Y, Pérez-Izquierdo J, Badiola C, Quintana JM, Padierna A et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. *Gaceta Sanitaria*.2001; 15: 25-31.
21. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, Zapata M. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Revista de Psicología y Salud* 2005; 2: 207-221.
22. Win T, Sharples L, Wells FC, Ritchie AJ, Munday H, Laroche CM. Effect of lung cancer surgery on quality of life. *Thorax* 2005; 60: 234-238.
23. Rodríguez-Quintana R et al. Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*. 2012; 9(1): 96-112.



Soraya Casla

Coordinadora de Programas de Ejercicio Físico en Oncología de GEICAM, Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama y directora de los programas de Salud de Tigers Running Club.



En este número de la revista Enfermería Oncológica entrevistamos a Soraya Casla, doctorada en actividad física y deporte, y coordinadora de programas de ejercicio físico en Oncología en GEICAM. Además, dirige un programa para pacientes con cáncer en Tigers Running Club.

P (JdT): *Hola Soraya, hemos trabajado juntos en un proyecto sobre estrés de la noche de los Investigadores en Madrid y en un máster de cuidados paliativos, hablando de paciente oncológico, pero el nexo de unión es GEICAM, ¿cómo es tu trabajo en el grupo y con las pacientes?*

R (SC): Hola Julio, muchas gracias por esta invitación. Mi trabajo en GEICAM es muy variado y, por ello, motivante. Se centra en el desarrollo de los proyectos de investigación sobre ejercicio físico oncológico que realiza el grupo, tanto desarrollándolos desde el inicio como asesorando, como especialista, a los oncólogos interesados en realizar este tipo de proyectos con ideas propias. Además de la investigación, este proyecto se interesa por el desarrollo de la formación en este ámbito y la divulgación de los beneficios del ejercicio a los pacientes con cáncer y a la sociedad en general.

P(JdT): *La evidencia científica sobre tu trabajo cada vez es mayor, y tú has aportado algunas cosas ya, y lo sigues haciendo, ¿qué le podemos decir a los pacientes y a los profesionales que los tratan sobre ello?*

R (SC): La evidencia científica nos dice que cuanto más se muevan los pacientes, más beneficios tendrán, por lo que deben moverse todo lo que puedan. El problema es que no tenemos todos los especialistas que se necesitan para asesorar de forma correcta a los pacientes, ya que es un área muy nueva. Sin embargo, salir a caminar es algo muy básico que puede ser muy beneficioso para los pacientes que quieran comenzar a moverse. Aunque caminar no es específico y en muchos casos no es suficiente, en el momento en que los pacientes quieran comenzar con un trabajo más competente que incluya tonificación o trabajo cardiovascular de

mayor intensidad, sería necesario contactar con un profesional formado y especializado. Este trabajo más completo es imprescindible a la hora de mejorar la masa muscular y la capacidad cardiovascular, ya que son los puntos más relevantes relacionados tanto con la caquexia como con la fatiga crónica de muchos pacientes.

P (JdT): *Desde el punto de vista de estructura asistencial, y contando con la experiencia que tienes al haber trabajado fuera de España, ¿qué podemos aprender de la actividad física para pacientes y que se pueda aplicar todo ello en el conjunto de nuestra población?*

R (SC): La realidad es que en España no tenemos los medios para poder poner en marcha las unidades de terapia física en las que yo he podido trabajar, donde fisioterapeutas y especialistas en ejercicio trabajan de forma conjunta con enfermeros y oncólogos para la recuperación de los pacientes. En estas unidades tanto se realizan protocolos de ejercicio para los pacientes como investigación clínica, aportando al hospital desarrollo clínico y científico. España todavía está muy lejos de esto, no solo por falta de concienciación sino, por falta de recursos. Sin embargo, el papel de la enfermería oncológica es fundamental ya que son los que más información sobre hábitos de vida dan al paciente.

P (JdT): *Desde el punto de vista de estructura asistencial, y contando con la experiencia que tienes al haber trabajado fuera de España, ¿qué podemos aprender de la actividad física para pacientes y que se pueda aplicar todo ello en el conjunto de nuestra población?*

R (SC): La realidad es que en España no tenemos los medios

para poder poner en marcha las unidades de terapia física en las que yo he podido trabajar, donde fisioterapeutas y especialistas en ejercicio trabajan de forma conjunta con enfermeros y oncólogos para la recuperación de los pacientes. En estas unidades tanto se realizan protocolos de ejercicio para los pacientes como investigación clínica, aportando al hospital desarrollo clínico y científico. España todavía está muy lejos de esto, no solo por falta de concienciación sino, por falta de recursos. Sin embargo, el papel de la enfermería oncológica es fundamental ya que son los que más información sobre hábitos de vida dan al paciente.

P (JdT): Acercándonos a Soraya Casla como experta, con una trayectoria académica, de investigación y también de trato cercano y directo al paciente ¿qué destacarías de la suma de todas esas opciones de trabajo? ¿cómo suman a lo que haces?

R (SC): En primer lugar creo que la unión de los dos ámbitos es fundamental. La investigación me da la base del conocimiento y me obliga a estar completamente actualizada de cómo la evidencia en este campo cambia y hacia donde se dirige. Esto es muy importante para un correcto asesoramiento de los especialistas e investigadores, así como de los médicos y personal sanitario que trabaja con los pacientes. Por todo lado, el trabajo con el paciente tanto dentro de los estudios como fuera de forma privada, me permite ser mucho más consciente del beneficio que el ejercicio les aporta ya que ellos mismos te dicen lo bien que se sienten y lo importante que es para ellos a nivel tanto físico como mental. Además, te permite conocer de primera mano sus necesidades, lo que te da información de qué aspectos pueden ser más interesantes a la hora de orientar una investigación, y de plantear protocolos accesibles y realizables que mejoren la adherencia de los participantes. También mi experiencia en los dos ámbitos hace que a la hora de realizar formaciones, no solo pueda basarme en mi conocimiento científico sino en la base real de lo que los pacientes experimentan en este tipo de protocolos.

P (JdT): La relación médico-paciente es un tema muy bien estudiado; ahora se empieza a triangular, y quizás, más allá con una relación poliédrica entre diferentes profesionales que atendemos y cuidamos a nuestros pacientes, ¿has vivido esto?

R (SC): En otros países sí, ya que existía una unidad de Ejercicio Terapéutico donde se trabajaba de forma coordinada entre Universidades, Fisioterapeutas y Licenciados en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, de la mano del hospital y siempre junto con los sanitarios involucrados. En España creo que estamos em-

pezando a trabajar en esta línea, por lo que veo fundamental que primero se establezcan otras relaciones más prioritarias, como Médico-Enfermería. Sin embargo seguro que esta línea será hacia dónde se dirija la atención del paciente: a una visión global de los mismos, dónde psico-oncólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas y especialistas en ejercicio avancemos dados de la mano para dar al paciente la mejor atención posible.

P (JdT): Adentrándonos en el terreno del valor humano, y puesto que nuestros lectores están habituados a compartir mucho de su esfera personal con los pacientes, ¿coincide en tu caso, ese punto de apertura al paciente, que conoce al profesional que le atiende en sus aficiones y en parte de su vida cotidiana?

R (SC): Por supuesto que sí. Seguro que mucho más que en cualquier otro ámbito. Yo desarrollo actividades de más de una hora con mis pacientes y tengo que mantenerlos entretenidos y motivarlos, por lo que hablar de uno mismo es una táctica fundamental para llenar las clases y hacerlas motivantes. Eso te acerca como persona a los participantes de las clases, punto que creo fundamental para que se sientan cómodos. Además, combinar información relevante con charlas amenas más personales dan más relevancia a la información que quieres que ellos aprendan, porque separa mucho el tipo de información que se da y resalta lo importante. (JdT): Ya en este punto, no puedo por menos de perderte algún consejo para la enfermería oncológica sobre actividad física, ejercicio, y deporte...

R (SC): Lo más importante es que seáis conscientes de que el ejercicio físico es fundamental para una completa recuperación del paciente oncológico, ya que reducirá la fatiga crónica y otros efectos secundarios de los tratamientos que tienen un impacto relevante en la calidad de vida de los pacientes y en su reincorporación a su vida y a la vida laboral. También es importante que comiencen esta fase de ejercicio de la mano de un profesional, pero que después podrán continuar por su cuenta si lo prefieren. Desde mi punto de vista, la enfermería oncológica juega un papel primordial en este proceso, ayudando así al paciente a mejorar su calidad de vida.

(JdT): Muchas gracias por compartir con todos nosotros esta sección, que pretende ser el eco de los profesionales que intentamos mejorar la calidad de vida de los pacientes.

R (SC): Muchas gracias a vosotros y un placer poder colaborar en este tipo de iniciativas tanto orientadas a la formación de pacientes como de profesionales. Ya sabes, ante el cáncer, ¡muévete!



ARTÍCULO

CONOCIMIENTOS, SATISFACCIÓN Y AUTOCUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE UN CATÉTER CENTRAL DE LARGA DURACIÓN: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA PRÁCTICA

Laura Martínez Miguel, Marta Bermejo Sanz, Nieves Gil Gómez

Unidad de Oncohematología, Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

nievesgilgomez@gmail.com

RESUMEN

En las unidades de oncohematología es muy frecuente la implantación y el uso de catéteres centrales tipo reservorio o catéter Hickman. Siempre contamos con el consentimiento informado asistencial del paciente para su colocación y su uso posterior. Enfermería es la depositaria de informar al paciente sobre los catéteres, sin embargo, como en cualquier proceso, podemos encontrar déficits de información.

Objetivo: conocer qué información reciben los pacientes portadores de catéter venoso central con portal subcutáneo y catéter Hickman en un hospital universitario de nivel terciario y elaborar una guía que sub-

sane las posibles deficiencias en la información recibida.

Material y métodos: se realizó un cuestionario ad hoc validado por el comité de calidad del hospital, que se entregó al paciente para que contestara.

Resultados: Participantes: 50 pacientes, Hombres 62%, Mujeres 38%, Media Edad 52,77 (mín 17-máx 84).

El 78% de los pacientes había recibido información. El 96% afirma que el catéter permite que el tratamiento fuera más confortable y seguro. El 92% afirmó que el

personal de enfermería fue quien le enseñó los cuidados. El 96% lo recomendaría a otros pacientes.

Conclusiones: los valores más bajos son los que se relacionaban con la identificación de signos de alarma y heparinización del catéter. Este trabajo justifica la realización de una guía para el paciente portador de reservorio y catéter Hickman que aborde el autocuidado del mismo en domicilio.

Palabras clave: enfermería, cuidados, Catéter venoso central con portal subcutáneo, catéter Hickman, vía central

ABSTRACT

In oncohematology units, implantation and use of central implantable venous access port or Hickman catheter is very common. We always request the informed consent of the patient for its placement and its subsequent use. Nursing is the responsible for inform the patient about the catheters, but sometimes we find some information deficits.

Objective: to know what information patients with a central implantable venous access port, or a Hickman catheter receive in our hospital and to implement a guide that

could correct information deficiencies.

Material and methods: an ad hoc questionnaire was carried out, validated by the quality committee that was given to the patient to answer.

Results: Participants: 50 patients, Men 62%, Women 38%, Age 52,77 (17-84).

78% of patients had received information. 96% state that the catheter allows the treatment to be more comfortable and safe. 92% stated that the nursing staff was the

one who taught them the care. 96% would recommend it to other patients.

Conclusions: the lowest values are those related to the identification of alarm signs and heparinization of the catheter. A guide for the patient with a central venous access device and Hickman catheter was justified, which tackles self-care at home.

Key words: nursing, care, central venous access devices, Hickman catheter, central line

INTRODUCCIÓN

Los pacientes oncohematológicos suelen tener tratamientos prolongados en los que son frecuentes las extracciones, las transfusiones y administraciones de todo tipo de soluciones. Por este motivo se les recomienda la colocación de un reservorio o un catéter Hickman, catéteres centrales de larga duración que les aportarán un tratamiento más seguro y confortable (1, 2, 5). Cuando se les informa de este tipo de dispositivos suele ser en el inicio de la en-

fermedad y el estado de ansiedad asociado al diagnóstico ante una situación nueva puede motivar que la información no se reciba adecuadamente (4, 9). En este trabajo nos planteamos conocer qué tipo de información disponía el paciente sobre los catéteres y cómo la había recibido. En la práctica clínica diaria percibimos que esa información puede llegar de manera desordenada y con algunos conceptos de difícil comprensión, e imprecisos en ocasio-

nes. El paciente tiene derecho a recibir información completa y adecuada a su nivel comprensivo sobre estos dispositivos. La enfermería ocupa un lugar privilegiado en la comunicación de la información, como instrumento educativo (1, 7). Y la calidad del cuidado que ofrezcamos a estos pacientes vendrá dada porque el paciente entienda y comprenda qué catéter porta y qué autocuidado precisa (4, 6, 8).

OBJETIVOS

Objetivo principal:

1. Elaborar una guía a partir de la identificación de las necesidades educativas y asistenciales de estos pacientes.

Objetivos secundarios:

1. Determinar qué información previa

y posterior a la colocación de un catéter central tipo reservorio o Hickman tenían los pacientes oncohematológicos portadores del mismo.

2. Conocer qué información sobre autocuidados de un catéter central tipo reservorio

o Hickman tienen los pacientes oncohematológicos portadores del mismo.

3. Conocer el grado de aceptación del catéter central tipo reservorio o Hickman que tienen los pacientes oncohematológicos portadores del mismo (3).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo y cualitativo en los pacientes oncohematológicos que acuden a nuestro centro para seguir tratamiento quimioterápico y que son portadores de reservorio o catéter Hickman.

Se elaboró un cuestionario de actitudes con valoración tipo Likert de 5 puntos y 12 ítems (Anexo 1). El cuestionario fue validado y aprobado para su uso por el comité de calidad del centro de referencia. Se pidió

consentimiento informado para la participación en la encuesta a los distintos pacientes y todos aceptaron participar.

El estudio se realizó en el periodo de mayo a julio del año 2017.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 17 años tanto en hospitalización como en Hospital de Día, portadores de catéter venoso central con portal subcutáneo o

catéter Hickman.

Criterios de exclusión: pacientes que no hablaran o leyeran castellano, con estado general deteriorado (ECOG <3) y con deficiencias sensoriales, intelectuales, cognitivas o que no supieran leer o escribir.

Muestreo: por conveniencia, de un universo total de 300 pacientes de oncohematología en el periodo.

RESULTADOS

Demografía: La muestra fue de 50 pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre 17 y 84 años, con diferente comprensión, habilidades, manejo y componente educativo y social. De los 50 pacientes, 31 (62%) eran hombres y 19 (38%) mujeres con una media de edad de 52,77 años y 16

meses de colocación del catéter.

El 78% de los pacientes había recibido información previa y completa acerca del catéter que llevaba insertado y un 74% manifestó que se le recomendó su colocación y se le explicaron las ventajas tenerlo. El 96% de respuestas de pacientes indicaron que

el catéter les había permitido que el tratamiento fuera más confortable y seguro.

Por otro lado, sólo un 15% de los pacientes conocía previamente la existencia de los mismos.

El 92% afirmó que el personal de enfermería fue quien le enseñó los cuidados ambulatorios que precisaba y resolvió las dudas que le habían surgido y el 54% dijo que conocía como funcionaba y su descripción, pero a pesar de ello solo un 10% sabía identificar signos de alarma en el lugar de implantación y que tenía que hacer en caso

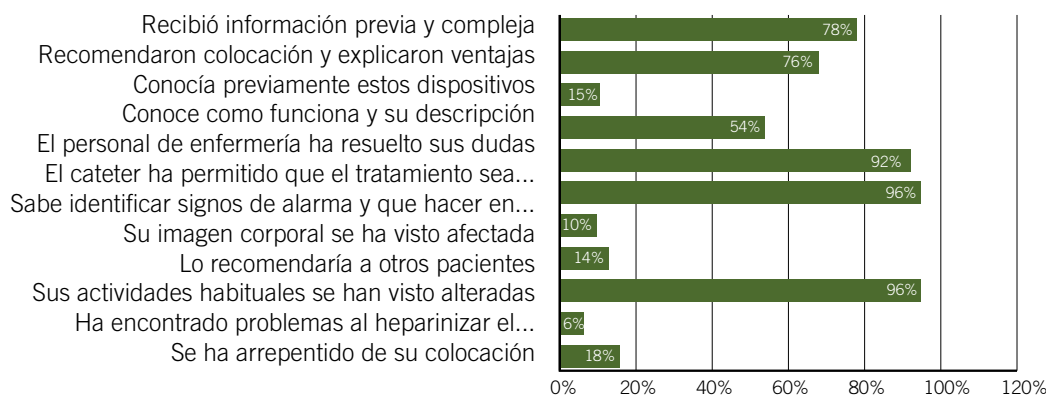
de aparición.

El 18% de los pacientes había encontrado problemas cuando tuvo que acudir a un centro hospitalario para heparinizar su catéter.

Por último, indicar que solo un 10% creía que su imagen corporal se había visto afectada por el catéter y tan solo un 6% afirmó

que sus actividades habituales (ducharse, nadar, hacer ejercicio físico moderado...) se habían visto alteradas por el catéter. El 96% lo recomendaría a otros pacientes y ningún paciente se arrepentía de que se hubiera colocado un catéter.

TABLA 1



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Todos coinciden en señalar a la enfermería como la fuente que le dio la formación sobre los cuidados sobre el catéter que portaba y que habitualmente resolvía sus dudas. Todo ello en la línea de estudios publicados.

Debido a que la información previa a la colocación y sobre la utilidad del catéter en su situación era buena, la mayoría han manifestado ser conscientes de la comodidad y seguridad que el catéter les ha proporcionado.

Respecto a su imagen corporal muchos opinan que no se ha alterado, pero sí cuidan la ropa que se ponen por evitar preguntas incómodas.

Los ítems con valores más bajos son los que se relacionaban con la identificación de signos de alarma y heparinización del catéter. La gran mayoría desconocía qué signos debe vigilar o por qué se realizaba y el tiempo de la heparinización del catéter. Y alguno señala

labas dificultades en otros centros y lugares, en desplazamientos, viajes y vacaciones, cuando ha tenido que heparinizar el catéter. Con ello se constató la necesidad y el interés de nuestros pacientes de disponer de mayor información sobre el catéter que portaban.

Las respuestas mostraron un paciente que estaba satisfecho con el dispositivo, que lo recomendaría a otros pacientes en su misma situación y que no se arrepentía de su colocación.

Se justificaba la elaboración de una guía de información y autocuidados específica que ayudase a los profesionales a protocolizar la información que recibe un paciente portador de reservorio o catéter Hickman, disminuyendo las interpretaciones erróneas y fomentando el uso de un lenguaje común, tal y como recomiendan la mayor parte de las guías y publicaciones encontradas a tal efecto (Anexo 2).

Además, el soporte escrito permite al paciente recordar la información dada, facilita la adherencia a las recomendaciones y al desarrollo de autocuidados, así como ayuda a la detección de signos y síntomas de alarma, minimizando la evolución de las complicaciones que puedan aparecer. En las guías de autocuidados de reservorio y catéter Hickman se desarrolla un contenido que puede ayudar al paciente a comprender, manejar diversos problemas y solventar ciertas dudas que le permiten un mejor afrontamiento de su enfermedad y tratamiento. Finalmente, el desarrollo de guías clínicas de autocuidado, adaptadas a los pacientes en base a estudios como el realizado, y sumado a las características sociodemográficas específicas de la población atendida, permiten una personalización de la atención basada en la diversidad social que cada profesional atiende en su práctica de cuidados diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Virani T, McConnell H, Santos J, Schouten JM, Lappan-Gracon S, Scott C et al. Assessment and Device Selection for Vascular Access. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2008.
2. Virani T, Schouten JM, McConnell H, Lappan-Gracon S, Santos J, Russell B et al. Care and Maintenance to Reduce Vascular Access Complications. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2008.
3. Broadhurst D, Moureau N, Ullman AJ. Management of Central Venous Access Device-Associated Skin Impairment: An Evidence-Based Algorithm. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017;44(3):211-220.
4. Jaén M, Ramos MJ, Gómez R. Guía de salud: recomendaciones para personas con catéter reservorio subcutáneo elaborada con metodología de guía de práctica clínica. Rev Parainfo Digital. 2008; 5.
5. Cotilla JM, Prieto J, Frigolet P. Protocolo de uso y mantenimiento del reservorio venoso subcutáneo. Enfermería Global. 2008; 7(2):1-8.
6. Gómez M, Martín R, Romero A, Cuello JJ, García E, González JL, et al. Análisis retrospectivo de las complicaciones asociadas a los dispositivos implantables intravasculares. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2009; 16 (5).
7. Urien M, Rodríguez B, Velayos A, Galán N, García B. Cuidados de enfermería dirigidos a pacientes portadores de reservorio venoso subcutáneo (Port -a- Cath®) en atención primaria. Rev. enferm. Cyl. 2017; 9 (1): 19-27.
8. Monle L, Camerlingo D, Castillo ME. Valoración de los conocimientos del catéter con reservorio subcutáneo del personal de Enfermería en el servicio de urgencias. En: I Congreso Virtual Internacional SEEUE. Madrid; 2015.
9. Instituto Donostia de Onco-Hematología. Reservorio venoso subcutáneo: Guía para el paciente. Donostia-San Sebastián: Osakidetza; 2011.

ANEXO 1

QUIRÓNSALUD · GRUPO HOSPITALARIO	
CUESTIONARIO: CUANTO SABE ACERCA DEL CATETER DEL QUE ES PORTADOR	
Nombre:	
Edad:	
Sexo:	
Fecha de colocación del catéter:	

En cada una de las preguntas siguientes, rodee con un círculo el número que mejor se adecúe a su opinión sobre la importancia del asunto en cuestión. La escala que aparece encima de los números refleja las diferentes opiniones.

Pregunta	ESCALA DE IMPORTANCIA				
	En absoluto	No mucho	NS / NC	En cierto modo	Mucho
Ha recibido información previa y completa acerca del catéter que lleva insertado.	1	2	3	4	5-
Su médico le recomendó la colocación del catéter.	1	2	3	4	5
Previo a su colocación se le explicaron las ventajas de su uso.	1	2	3	4	5
Conocía estos dispositivos antes de que su médico se lo recomendara	1	2	3	4	5
Conoce la descripción y funcionamiento de su uso.	1	2	3	4	5
El personal de enfermería le ha enseñado los cuidados ambulatorios que precisa y ha resuelto las dudas que le han surgido.	1	2	3	4	5
El catéter ha permitido que el tratamiento sea más confortable y seguro	1	2	3	4	5
Sabe identificar signos de alarma en el lugar de implantación y que hacer en caso de aparición.	1	2	3	4	5
Cree que su imagen corporal se ha visto afectada por el catéter.	1	2	3	4	5
Recomendaría su catéter a otros pacientes en su misma situación.	1	2	3	4	5
Sus actividades habituales (ducharse, nadar, ejercicio físico moderado, etc.) se han visto alteradas por el catéter	1	2	3	4	5
Ha encontrado problemas cuando ha tenido que acudir a un centro hospitalario para heparinizar su catéter.	1	2	3	4	5
Se ha arrepentido de su colocación.	1	2	3	4	5



Hospital Universitario
quirónsalud
Madrid

OBJETIVO DE LA GUIA

Darte a conocer la descripción y funcionamiento del reservorio que portas.
Proporcionarte pautas acerca de su cuidado y conservación una vez hayas abandonado el hospital.
Que sepas identificar las complicaciones y resolución de las mismas.
Darte una mayor seguridad y autonomía en tu domicilio.

El personal de enfermería se encargará de enseñarte a ti y tu familia los cuidados ambulatorios que precisa el reservorio al alta.

Es posible que te sientas un poco nervioso los primeros días tras la colocación del reservorio, pero te sentirás más seguro dentro de poco.

Debido a que existen diferentes tipos de catéteres venosos centrales, las instrucciones para su uso en casa pueden ser un poco diferentes a las de otros pacientes.

Esta guía de información para el paciente se proporciona para ayudar a contestar las preguntas generales que puedas tener sobre tu reservorio. Este folleto es solamente una guía, si después de leerlo aún tienes preguntas, no dudes en consultarnos. Recuerda que cuanto mayor información dispongas sobre el cuidado, mayor será la duración y buena conservación del reservorio.

GUIA DE AUTOCUIDADOS EN PACIENTE PORTADOR DE RESERVORIO

Teléfono de Referencia
902 151016 (Control URG)

No dude en llamar ante cualquier duda que se le presente.
Enfermería le ayudará y contribuirá a mejorar su salud y calidad de vida.



GUIA DE AUTOCUIDADOS EN PACIENTE PORTADOR DE RESERVORIO

Unidad de Hematología

Hospital Universitario
Quirónsalud Madrid

PORQUE ME RECOMIENDAN UN RESERVORIO	QUE VENTAJAS TIENE UN RESERVORIO	HEPARINIZACION DEL RESERVORIO
<p>Tu hematólogo te ha recomendado la colocación de un reservorio porque el tratamiento vas a ser largo, recibirás medicamentos, nutrientes, sangre o derivados y serán frecuentes las extracciones de sangre. El reservorio te evitara sufrir pinchazos repetidos en vena periférica y que estas se irritan y/o estropeen. Esto hará más confortable el tratamiento y evitaremos riesgos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nos proporciona una vía de acceso venoso rápido y seguro y sin dañar tus venas. • Lo puedes llevar puesto durante mucho tiempo (incluso años). Está preparado para recibir, al menos, 2.500 pinchazos. • Permite el tratamiento ambulatorio, en hospital de día. • Se utilizara cuando haya que realizarse un análisis de sangre. • Reduce el riesgo de infección al estar debajo de la piel y no tener elementos externos. • No afecta a tu imagen corporal, con tu ropa habitual nadie lo notará y es poco perceptible, como una pequeña elevación debajo de la piel. • No es necesario un cuidado especial de la zona de implantación. • Te puedes someter de manera segura a pruebas de obtención de imágenes tipo Resonancia magnética • Aumenta tu comodidad, favorece tu independencia y mejora tu calidad de vida. 	<p>En algunas ocasiones los coágulos de sangre pueden bloquear el catéter, lo que impide que los medicamentos y los líquidos fluyan a su través.</p>
<h4>QUE ES UN RESERVORIO</h4>	<h4>COMO DEBO CUIDAR MI RESERVORIO</h4>	<p>Esto lo evitaremos mediante la heparinización del reservorio</p>
<p>Es un dispositivo pequeño que consta de una cámara cuya base puede ser de titanio o plástico, con un espacio hueco en el interior que esta sellado con una tapa blanda de silicona.</p>	<p>Durante los primeros días tras su implantación, evita el ejercicio intenso. Los puntos de la incisión realizada para la implantación deben retirarse a los 7 – 10 días. Una vez retirados los puntos no es necesario taparlo</p>	
<p>El dispositivo se conecta a un tubo flexible pequeño de poliuretano, catéter, que se inserta dentro de una de las grandes venas (generalmente en vena cava superior) que lleva la sangre al corazón.</p>	<p>Puede ser que al principio tengas la zona un poco hinchada y dolorosa pero en pocos días desaparecerán las molestias. Una vez se haya curado la incisión puedes realizar tus actividades diarias normales como ducharte, nadar o correr.</p>	<p>Heparinizar es introducir una solución de heparina en el reservorio con el fin de evitar que se coagule la sangre en el reservorio.</p>
<p>Se inserta debajo de la piel en un procedimiento quirúrgico breve. Se le colocara en el servicio de Hemodinámica del hospital por el radiólogo vascular y bajo anestesia local.</p>	 <p>Evita deportes o actividades que tengan riesgo de movimientos bruscos o contusiones en la zona del reservorio.</p>	<p>La heparinización debe realizarse despues de cada uso o mensualmente, contando desde la última vez que se usó.</p>
	<p>Tendrás que heparinizar el reservorio cada vez que lo utilices, y acudirás mensualmente cuando no lo utilices.</p>	<p>Es muy importante que no te olvides de hacerlo para que el reservorio dure mucho tiempo y en perfectas condiciones.</p>
<p>Para pinchar el reservorio utilizamos una aguja especial llamada Gripper. Pinchamos el reservorio dentro de la tapa blanda y así establecemos un acceso al torrente circulatorio y podemos administrarte medicamentos, líquidos y obtener muestras de sangre.</p>	<p>Antes de salir del hospital, recibirás una tarjeta de información tamaño bolsillo. Siempre debes llevar esta tarjeta cuando visites el hospital para que la información sobre tu reservorio está rápidamente disponible.</p>	<h4>QUE DEBO VIGILAR</h4>
		<p>Revisa a diario cualquier enrojecimiento, inflamación, calor o hipersensibilidad en el lugar de la implantación.</p>
		<p>Si tienes fiebre o escalofríos antes de su utilización o despues de haberlo utilizado.</p>
		<p>Deberás comunicar si en alguna ocasión hemos tenido dificultad para extraer muestra de sangre o perfundir líquidos a través del reservorio, incluso si te hemos pedido alguna vez cambio de posición para que fluyera la sangre.</p>
		<p>Ante la aparición de cualquiera de los signos descritos deberá llamar a la unidad de enfermería y/o acudir al servicio de urgencias.</p>
		



NUESTRAS COMPAÑERAS DE...

Hospital Povisa. Vigo Servicio Oncología Radioterapica

Juan Luis Ribes



El hospital POVISA es el hospital privado más grande de toda España y posee la más alta acreditación en cuanto a estándares de calidad como es la acreditación de la JOINT COMMISSION. Mantiene en la actualidad un sistema concertado con el Servicio Galego de Saude (SERGAS) por el cual da cobertura a unas 135000 cartillas pertenecientes al sistema público gallego.

Está situada en la calle Salamanca nº 5 de la ciudad de Vigo, en la provincia de Pontevedra al sur de la comunidad gallega, en la zona que se conoce como las "RIAS BAIXAS".

El hospital consta de 7 plantas y la unidad de Radioterapia y la consulta de Enfermería esta ubicada en la planta semisótano del hospital entre los servicios de Radiofísica y de M.Nuclear. En el servicio de Oncología Radioterápica trabajan en turnos de mañana y tarde un total de 6 Técnicos Superiores en Radioterapia y un Grado U. en Enfermería en la consulta de Radioterapia todos bajo la supervisión de la coordinadora de Enfermería. Otros profesionales que forman parte de este equipo multidisciplinar son: 2 Oncólogos Radioterapeutas, 2 Técnicos Superiores en Radiofísica y dos Físicos Nucleares.

Es indudable que debe de haber una estrecha colaboración entre todas las secciones para que el PACIENTE, el cual es para PO-VISA HOSPITAL el centro de todo y de todos nosotros, reciba el tratamiento de una manera precisa e impecable.

Dicho Tratamiento de Radioterapia se aplica a los pacientes de manera continuada desde las 8 de la mañana hasta las 10 de la noche y de lunes a viernes, con un acelerador lineal de electrones, el cual es manejado por los técnicos superiores de radioterapia.

El horario de la Consulta de Enfermería de Radioterapia va desde las 8 de la mañana hasta las 3 de la tarde. Dicha Consulta es responsabilidad de un enfermero cuyas funciones comprenden entre otras las de realizar las curas que sean necesarias, así como realizar las primeras consultas de prevención o los seguimientos diarios durante todo el tiempo que dure el tratamiento de Radioterapia. Dichos seguimientos se realizan de dos maneras, bien por cita previa por planning o a demanda. La actuación enfermera se realiza aplicando los protocolos de cuidados correspondientes según la patología a tratar y desde la evidencia científica

PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO	
1º CONSULTA	RECOMENDACIONES Y CREMAS. TAC SIMULACIÓN
2º CONSULTA	INICIO DE TTO DE RTP. SEGUIMIENTO Y RECUERDO
3º CONSULTA	SEGUIMIENTO 10 S.S. EVALUAR EL AUTOCUIDADO
4º CONSULTA	SEGUIMIENTO 20 S.S. VIGILAR EFECTOS PIEL. CURAS
5º CONSULTA	SEGUIMIENTO DE TTO. ALTA TEMPORAL. CURAS
6º CONSULTA	SEGUIMIENTO AL MES. ALTA DEFINITIVA



LA SEEO ESTUVO EN... EVERY CANCER NURSE IS A LEADER! EONS LEADERSHIP SUMMIT

November 19th - 20th in Ede, Holland

Nieves Gil Gómez

Desde Albania a Suecia y desde España a Estonia, enfermeras de oncología de toda Europa se reunieron los días 19 y 20 de noviembre pasado en Ede, cerca de Ámsterdam, en los Países Bajos, para la Cumbre sobre Liderazgo en Enfermería Oncológica. Todos los que asistimos coincidimos en que fueron dos días muy inspiradores, llenos de consejos útiles sobre cómo convertirse en líderes en cualquier etapa de nuestra carrera en enfermería oncológica.

La Sociedad Europea de Enfermería Oncológica (EONS) organizó el evento junto con sus socios de la Sociedad de Enfermería Oncológica de EE. UU. (ONS). La cumbre se diseñó para mejorar la capacidad y la efectividad personal y profesional de los enfermeros como líderes, algo que es fundamental para mejorar el cuidado del paciente oncológico ante el desafío actual de la atención médica en Europa y en otros lugares del mundo.

Los diferentes aspectos del liderazgo fueron abordados por una gama de excelentes oradores desde un punto de vista personal, profesional, clínico y político.

Lena Sharp, presidenta de la EONS, habló del liderazgo de equipos y nos enseñó cómo las investigaciones han demostrado que el liderazgo de las enfermeras tiene un gran impacto en los pacientes (resultados, experiencias, calidad de la atención, seguridad), así como en el personal (satisfacción laboral). Durante esta sesión se habló también de diferentes estrategias para un liderazgo efectivo, del trabajo en equipo y de la comunicación para líderes de enfermería en todos los niveles y entornos de la atención oncológica. Destacó el concepto de modelos de conducta clínicos y la retroalimentación constructiva, así como la formación de equipos y la participación del paciente.

Al hilo de esto Mark Verschueren disertó sobre el efecto de los estilos de liderazgo en la satisfacción de enfermería, el estrés y el agotamiento y su relación con los resultados en los pacientes.

También se discutió sobre las competencias de liderazgo para enfermeras. Susan Schnaider, presidenta de la ONS, nos hizo conscientes de que el liderazgo efectivo implica visión, conocimiento, dominio personal, pensamiento sistémico y efectividad interpersonal. Además, describió cómo el desarrollo de estas habilidades puede ser beneficioso para nuestros pacientes, nuestro crecimiento profesional y nuestro lugar de trabajo.

Un aspecto curioso que trató Brigitte Grube fue lo importante que es darse cuenta de que cuanto más alto se eleva uno en

liderazgo, menos retroalimentación franca recibe, lo que limita la efectividad. Pero, ¿cómo podemos cambiar esto y maximizar nuestra competencia? Su presentación nos mostró una evaluación de 360° del liderazgo y brindó ejemplos sobre un enfoque de retroalimentación para mejorar el liderazgo y la cultura organizativa.

Sobre el concepto de resiliencia —tan de moda— aplicado al liderazgo de enfermería oncológica nos habló Brenda Nevidjon, quien puso de manifiesto su importancia debido al gran aumento de nuevos tratamientos, nuevas tecnologías, presiones financieras o de presupuesto y cambios en el personal. La resiliencia se puede aprender y practicar. Brenda, además de darnos una descripción general del concepto de resiliencia y liderazgo, también incluyó en su presentación claves sobre cómo un individuo puede desarrollar un plan personal para convertirse en un líder más resistente.

La parte más lúdica de la jornada nos la proporcionó el actor y escritor Philip Walkate, que en su presentación titulada «Perfilarte como un líder» nos enseñó pautas de interpretación para obtener la atención y la comprensión deseada en nuestras exposiciones delante del público... ¡con prácticas incluidas!

Previamente a la celebración de la cumbre tuvo lugar la Reunión General de la EONS, en la que el presidente saliente, Daniel Kelly de Reino Unido, entregó formalmente la presidencia a Lena Sharp de Suecia. También se confirmaron los nuevos miembros de la Junta Directiva, entre los que se incluye a Andreas Charalambous de Chipre, quien ocupará la presidencia en el futuro.

Todas las ponencias de la Cumbre sobre Liderazgo en Enfermería Oncológica se pueden encontrar en: <http://www.cancernurse.eu/communication/eonsleadershipsummit2017.html>





INTRODUCCIÓN

Entre los profesionales de enfermería que trabajan con pacientes oncológicos cada vez se constata un mayor interés en disponer de un acceso venoso seguro y de larga duración. A menudo es difícil obtener un acceso venoso periférico en pacientes diagnosticados de cáncer, generalmente muy pre-tratados y con fármacos nocivos para su capital venoso, siendo éstos objeto de numerosos intentos de canalización sin éxito, lo que dificulta y retrasa la administración de tratamientos.

Actualmente las ciencias de la salud están logrando no sólo que los enfermos vivan más años, sino que además éstos tengan una mejor calidad de vida, a ser posible dentro de un ámbito socio familiar que sin duda entraña nuevos retos para el cuidado.

Las complicaciones asociadas a los accesos venosos periféricos suponen un disconfort para nuestros enfermos, debido a cambios en la localización del catéter, limitación de movimiento, desajustes en la terapéutica, etc [1]. Dichas complicaciones asocian una morbilidad considerable dada la alta frecuencia de utilización de los accesos venosos periféricos y además pueden llegar a ser graves.

Pese a la aparición de múltiples fármacos orales en el ámbito de la oncología, son muchas también las terapias que siguen administrándose por vía intravenosa. Por tanto, seguiremos atendiendo pacientes dependientes de que se cuente con un sistema fiable de administración del tratamiento, que dé seguridad y confort al enfermo y facilidades a los profesionales que tienen que manejarlo. La pronta implantación de un catéter venoso central (CVC) se hace esencial cuando se quiere preservar el capital venoso del paciente oncológico y se evita así el sufrimiento por las continuas venopunciones [2].

En definitiva los CVC son indispensables para la administración de quimioterapia, anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, etc. durante largos periodos de tiempo, sirviendo así de soporte a uno de los pilares del tratamiento de los pacientes oncológicos, junto a la cirugía, radioterapia, etc [2].

DESARROLLO

Se estima que hasta el 8% de los pacientes hospitalizados, independientemente de su diagnóstico, requerirán un acceso venoso central. De hecho, más de cinco millones de CVC se insertan en los Estados Unidos cada año [3,4].

De acuerdo con las guías de práctica clínica de Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) [5], INS Standards [1] y RCN Standards [6], un acceso venoso central está indicado para la administración de:

- Soluciones con pH inferior a 5 o superior a 9.
- Fármacos con osmolaridad mayor de 600 mOsm/L.
- Nutrición parenteral total (NPT) con soluciones que contienen más de 10% de glucosa o el 5% de aminoácidos.
- Fármacos vesicantes o irritantes asociados a daño de la capa íntima vascular.
- Medición de presión venosa central (PVC)
- Agotamiento vascular

Se define CVC como un catéter cuyo extremo distal se ubica en vena cava, generalmente tercio medio de vena cava superior [7,8], exceptuando al catéter Swan-Ganz. No se consideran CVC, los Midline o catéteres de línea media, puesto que su extremo distal se sitúa en la vena axilar o subclavia; o aquellos que insertados en las venas safena o femoral no llegaran hasta la vena cava inferior [9,10].

Su correcta localización resulta clave para minimizar las complicaciones mecánicas (obstrucción) u orgánicas (infección o trombosis) que pueden aparecer [11]. Es importante que el catéter se coloque en la unión de la VCS con la aurícula derecha, preferiblemente en

el tercio medio inferior de la VCS o en el tercio superior de la unión cava-atrial, zona donde existe mayor flujo sanguíneo [6,7]. Los catéteres con punta distal en la parte superior de VCS se relacionan con mayor incidencia de trombosis, aumentan el riesgo de malfuncionamiento y erosión de la íntima vascular [7,12,13]. Los catéteres con punta en tercio medio de VCS son propensos a desplazarse a venas contra laterales o del cuello por movimientos del paciente y aumento de la presión torácica [14].

Por todo ello, la verificación de la posición de la punta del catéter es imprescindible antes de comenzar a utilizar cualquier catéter [14]. El método más utilizado para el control de posicionamiento son los rayos X: Fluoroscopia en el caso de los catéteres tunelizados o Radiografía de Tórax para CVC de corta duración o PICC.

La Valoración de Enfermería es fundamental en la Elección del dispositivo más adecuado para el paciente, considerando además de los problemas relativos al cuidado de la salud, el diagnóstico médico, la duración y las características farmacológicas del tratamiento intravenoso que se administrará.

La localización del acceso venoso y la forma en la que se consigue dependen de la finalidad del catéter, la anatomía del paciente y otros factores de índole muy diversa. Es por esto que existe una amplia gama de CVC que responden a las necesidades de cada caso.

Se han elaborado diferentes clasificaciones de los accesos vasculares, tipos de catéteres, etc. pero desde un punto de vista práctico nos centraremos en actualizar los aspectos más cercanos al paciente con cáncer.

Catéteres de larga duración de uso habitual en el paciente oncológico

La implantación de un catéter de larga duración está habitualmente recomendada para tratamientos intensivos prolongados, quimioterapia, administración de NPT, transfusión de hemoderivados o incluso la extracción de muestras sanguíneas.

La cualidad común a todos los catéteres venosos de larga duración es el material con el que están fabricados, generalmente silicona o poliuretano modificado de tercera generación, que posibilita en la práctica una mayor vida media útil.

Dichos materiales proporcionan además una gran resistencia y adherencia mecánica, son bacteriostáticos, no se dañan por agentes químicos, y resultan muy cómodos para el paciente ya que son flexibles y se ablandan una vez dentro del organismo. [7,8,15,16]

Los principales beneficios de un CVC de larga duración para el paciente están relacionados principalmente con la seguridad en la administración de tratamientos y su calidad de vida. Disminuyen el dolor y disconfort del enfermo oncológico asociado a venopunción frecuente, aumentando su comodidad y satisfacción. Evitan el ingreso hospitalario facilitando así el manejo ambulatorio y una mayor autonomía del individuo.

A) Catéteres tunelizados.

Los dispositivos clásicos empleados habitualmente en pacientes oncológicos y hematológicos son el reservorio subcutáneo y el catéter Hickman, insertados de forma directa en una vena del sistema venoso central mediante un acceso percutáneo tunelizado bajo anestesia local. Al utilizar esta técnica tunelizada, se logra separar la zona de implantación del catéter de la zona externa de abordaje de los mismos, obteniendo beneficios a nivel mecánico y minimizando el riesgo de infección o extravasación relacionada con el dispositivo [17].

El Reservorio Subcutáneo fue creado en 1982 por el cirujano J.E. Niederhuber como sistema para el acceso venoso en el tratamiento de pacientes oncológicos, aunque actualmente su uso se ha extendido a otras patologías. Se trata de un catéter de silicona radio-opaco que consta de un portal o cámara subcutánea de titanio, acero inoxidable o poliuretano, con una membrana auto sellante de silicona comprimida a alta presión, que puede resistir hasta 2000 punciones [18]; implantados generalmente por radiólogos intervencionistas, en una sala de intervención usando guía fluoroscópica.

De la correcta utilización del reservorio subcutáneo dependerá su vida media. Mediante técnica estéril y percutánea se accede a la membrana con una aguja tipo Hubber o Gripper® llegando hasta la cámara que va unida al catéter. Se trata de un sistema totalmente implantado situado por debajo del tejido subcutáneo, por lo que apenas precisa mantenimiento cuando está en reposo y sus cuidados en esta etapa se reducen considerablemente [19,20]. Además de esta ventaja podemos destacar que se trata de un catéter que facilita el tratamiento ambulatorio, reduce el riesgo de infección al no tratarse un sistema abierto y no altera la imagen corporal [21].

Lo esencial para asegurar la durabilidad y el correcto funcionamiento de estos dispositivos es que los enfermeros se formen en los requerimientos de cuidados de cada uno de los sistemas y tomen conciencia de que muchos de los problemas potenciales se minimizan cuando aplicamos protocolos adecuados y basados en la evidencia científica.

B) Catéter Central de Inserción Periférica (PICC).

La utilización de Catéteres Centrales de Inserción Periférica (PICC) constituye una alternativa a este tipo de catéteres tunelizados, tanto para la administración de terapia intravenosa y derivados sanguíneos, como para la administración de nutrición parenteral total y/o domiciliaria [22].

Los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) son catéteres que se insertan en una de las venas profundas de miembros superiores, generalmente venas basílica, braquial o cefálica y se progresa hasta localizar la punta en vena cava superior [23].

Pueden ser insertados en la cama del paciente (bedside technique) por personal de enfermería, lo que reduce costes y listas de espera [24]. No presentan riesgos de neumotórax y además se ha constatado que no comportan un mayor riesgo de bacteriemia si los comparamos con otros CVC [25]. Cabe destacar también en cuanto a diferencias con los catéteres tunelizados, que el PICC se retira sin necesidad de cirugía menor; pero se trata de un dispositivo de sistema abierto, que necesita curas y mantenimiento periódico, y en algunos casos puede existir rechazo por problemas estéticos.

Además de las ventajas en costes, seguridad y confort para el paciente, la gran diferencia entre el PICC y otros tipos de catéteres centrales es que la técnica de implantación es una técnica de enfermería. Las guías de práctica clínica recomiendan la formación de equipos de enfermeras expertas en terapia intravenosa, para aumentar el éxito de la inserción y disminuir las complicaciones asociadas a estos dispositivos [1,8].

El término PICC incluye una amplia gama de dispositivos algunos de los cuales han quedado ya obsoletos. Se introdujeron en 1929, cuando Forssmann comunica sus primeras experiencias de cateterización central de inserción periférica para realizar mediciones hemodinámicas y adquirieron un mayor impulso en los años 80 con la llegada del catéter Drum® o Cavafix® [26]. Sin embargo, debido a la escasa calidad de los materiales entonces disponibles (poliuretano de primera generación), se objetivaron importantes complicaciones principalmente tromboticas [16]. Esto, y el esperado desarrollo de los catéteres centrales tunelizados, hizo que el PICC cayera en desuso.

Finalmente el descubrimiento de los nuevos materiales actualmente disponibles nos conduce al concepto de catéter PICC que hoy manejamos. Se trata de un catéter de pequeño calibre, generalmente a partir de 4Fr. y con una longitud entre 40 y 60 cm.

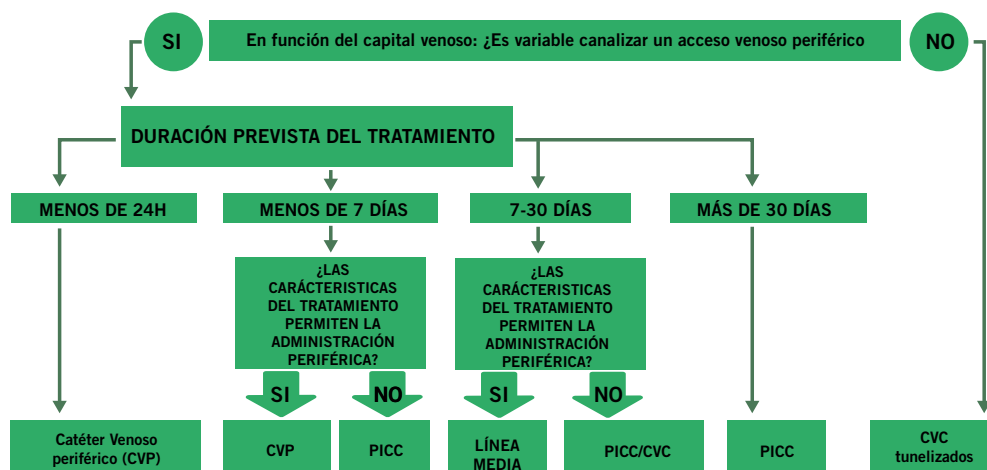
El objetivo o finalidad del catéter PICC es garantizar que el paciente cubra su necesidad de vía central, a la vez que preserva al máximo su capital venoso, estando considerado en este caso como un catéter de primera elección. Un ejemplo de valoración del sistema venoso es la escala VIA que propone una clasificación en cinco grados teniendo en cuenta el agotamiento vascular [27].

El catéter PICC esta indicado para población de pacientes crónicos, dependientes de un catéter venoso central, con tratamiento Intravenoso prolongado, superior a 6 días de necesidad de vía venosa ,administración de sustancias vesicantes, de elevada osmolaridad, y/o con un pH radicalmente ácido o básico [8].

Procederemos a la elección de la vena apropiada en función del diámetro y profundidad. Si bien es cierto que el PICC se implanta preferentemente en la vena basílica, también es cierto que si estas venas son demasiado pequeñas, el catéter puede ser implantado en otras venas mediales o cubitales e incluso en la vena axilar [28-30]. En este caso, si el sitio de venopunción o exit-site, se encuentran demasiado cerca de la axila será oportuna valorar una corta tunelización para desplazar distalmente el sitio de salida del catéter [28].

Para realizar la elección del dispositivo más adecuado para el paciente, además de seguir las recomendaciones anteriores han de tenerse en cuenta variables como el calibre de catéter disponible y el número de luces necesarias, que variaran en función de la complejidad del tratamiento. En general, debe utilizarse un catéter con el menor número de luces posibles para reducir el riesgo de infección y trombosis venosa [31].

Una posibilidad de Algoritmo de selección de un catéter venoso central en base a lo anteriormente descrito sería el propuesto en el siguiente gráfico.



Las nuevas tecnologías vasculares

A) Ecografía en catéteres venosos centrales.

El uso de la ecografía in situ y en tiempo real cada vez es más utilizado por diferentes especialidades médicas y en diversas situaciones clínicas.

Pero sobre todo, el uso del ultrasonido se ha extendido a gran velocidad en el campo de la enfermería para realizar punciones vasculares ecoguiadas, convirtiéndose en la actualidad en una técnica muy útil en este ámbito de trabajo [15].

Se trata de una herramienta reveladora en todos los aspectos relacionados con el acceso vascular, tanto en su uso para la canalización de catéteres venosos centrales (CVC), como para la canalización de catéteres venosos periféricos (CVP) en pacientes con dificultad para la venopunción.

Al ser una técnica operador-dependiente resulta un requisito indispensable la adecuada formación de los profesionales que la utilicen, ya que los conocimientos teóricos y prácticos de éstos determinarán el resultado obtenido [32]. Para que la ecografía pueda ser implantada en la práctica diaria del profesional de enfermería es necesario que todos los miembros de los equipos de terapia intravenosa estén apropiadamente formados en la técnica.

De hecho ya contamos con estudios que muestran que la tasa de éxito en la punción venosa aumenta con la práctica debido a tiempo necesario para la coordinación visión-manejo del transductor [33].

Con la ayuda del ultrasonido podemos establecer el sitio óptimo para la venopunción, descartando zonas no recomendables, e incluso identificar otros puntos no accesibles a métodos de inserción clásicos.

La creciente influencia del desarrollo tecnológico en nuestro ámbito de trabajo resulta enriquecedora a todos los niveles, ya que aumenta el campo de intervenciones y competencias de la enfermería oncológica, abriendo un nuevo área de formación a la profesión.

B) Inserción de PICC: Electrodo Intracavitario (IC-ECG).

Se trata de una aplicación de la electrocardiografía recientemente incorporada al área de trabajo de los accesos vasculares que nos permite detectar la situación de la punta del catéter que se está implantando en tiempo real durante todo el proceso de inserción [34].

Consiste en asociar al catéter un sensor electrocardiográfico intracavitario, de manera que observando las variaciones en la forma de la onda P podamos determinar la situación casi exacta de la punta del catéter. Se trata por tanto de una monitorización dinámica que se lleva a cabo ininterrumpidamente durante la inserción del catéter, lo que permite corregir la posición de la punta in vivo y evitar reinsertaciones posteriores.

Por el momento se postula como la gran alternativa a la radiografía de tórax para la verificación del correcto posicionamiento del PICC. Evita el uso de radiación o las recolocaciones, y acorta los tiempos del procedimiento ya, que al poder prescindir de la radiografía, se puede comenzar a utilizar el dispositivo nada más implantarse [35].

Es una herramienta de uso enfermero que supone un paso más hacia el desarrollo de competencias y habilidades enfermeras, y hacia la importancia de formación en el ámbito de los accesos venosos.

CONCLUSIONES:

El acceso vascular en el paciente oncológico es esencial para garantizar la administración de su tratamiento a largo plazo, mejorar su autonomía y aumentar su calidad de vida.

Los profesionales de enfermería tienen un papel clave para asegurar la durabilidad y el correcto funcionamiento de los catéteres de larga duración. Es recomendable promover una participación activa del paciente y su familiares en los cuidados y proporcionar una adecuada educación sanitaria.

Hasta ahora los catéteres de larga duración mayoritariamente utilizados en el paciente oncológico han sido los catéteres tunelizados, a los que hay que añadir la gran evolución del PICC. Cada vez existe un mayor número de enfermeros con formación en técnicas de inserción y mantenimiento de estos catéteres y mayor número de pacientes beneficiados del mismo. Las últimas innovaciones en técnicas de inserción permiten un avance tecnológico enriquecedor a favor del paciente oncológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Infusion Nursing Society: Infusion Standards of Practice. *J Infus Nurs* 2016; 39(1S): S1-159.
2. Carrero Caballero MC. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2008
3. Ruesch S, Walder B, Tramèr MR. Complications of central venous catheters: internal jugular versus subclavian access--a systematic review. *Crit Care Med* 2002; 30:454.
4. McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. *N Engl J Med* 2003; 348:1123.
5. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). (2008a). Assessment and Device Selection for Vascular Access. Guideline supplement [Internet]. Toronto:RNAO;2008.[Cited 2017 Nov 19]. Disponible: http://rnao.ca/sites/rnaooca/files/Assessment_and_Device_Selection_for_Vascular_Access.pdf
6. The Royal College of Nursing IV Therapy Forum: Standards for Infusion Therapy.[Internet]. 4ª Ed.UK: The Royal College of Nursing; 2016 [Cited 2017 Nov 19]. Disponible en: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005704>
7. Pittiruti M, Hamilton H, Biffi R, et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: central venous catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications). *Clin Nutr*. 2009; 28:365-77
8. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter-Related infections.*Clin Infect Dis* 2011; 52(9): e 162-93
9. Griffiths, V. Midline catheters: indications, complications and maintenance. *Nurs Stand*. 2007 Nov 21;22(11):48-57; quiz 58.
10. Carrero C, Montealegre M, Cubero MA. Medial venous catheter or midline (MVC). *Rev Enferm*. 2014;37(1):36-41
11. Leroyer C, Lashéras A, Marie V, et al. Prospective follow-up of complications related to peripherally inserted central catheters. *Med Mal Infect*. 2013;43(8):350-55
12. Stonelake PA, Bodenham AR. The carina as a radiological landmark for central venous catheter tip position. *Br J Anaesth*. 2006;96(3):335-40.
13. Pittiruti M, Bertollo D, Briglia E, et al. The intracavitary ECG method for positioning the tip of central venous catheters: Results of an Italian multi-center study. *J Vasc Access*. 2012;13:357-65.
14. Wirsing M, Schummer C, Neumann R, et al. Is traditional reading of the bedside chest radiograph appropriate to detect intra arterial central venous catheter position? *Chest*. 2008;134:527-33.
15. Lamperti M, Bodenham AR, Pittiruti M, et al. International evidence-based recommendations on ultrasound-guided vascular access. *Intensive Care Med* [Internet]. 2012 [cited 2017 nov 15]; 38(7):1105-17.
16. Pittiruti M, Scoppettuolo G. Manuale GAVeCeLT dei PICC e dei Midline. Indicazioni, Impianto, Gestione. Milán: Edra; 2016.p.11-106
17. Pegues D, Axelrod P, McClarren C, et al. Comparison of infections in Hickman and implanted port catheters in adult solid tumor patients. *J Surg Oncol* 1992; 49:156.
18. Carrero Caballero MC. Implantación control y cuidado de los accesos vasculares. [Internet] Madrid: Asociación de Equipos de Terapia Intravenosa-ETI; 2005. [cited 20 17 Nov 15]. Disponible en:http://www.asociacion-deenfermeriaeti.com/pdfs/manual_completo.pdf
19. Knebel P, Lopez-Benitez R, Fischer L, et al. Insertion of totally implantable venous access devices: an expertise-based, randomized, controlled trial. *Ann Surg* 2011; 253:1111.
20. Barbetakis N, Asteriou C, Kleontas A, et al. Totally implantable central venous access ports. Analysis of 700 cases. *J Surg Oncol* 2011; 104:654.
21. Rojas GA, Gerson R, Cervantes J, et al. Reservorio subcutáneo venoso como acceso vascular en el paciente oncológico. *Rev Inst Cancerol* 1997; 43(3):136-41.
22. Steiger E. Obtaining and maintaining vascular access in the home parenteral nutrition patient. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2002;26(5 Suppl):S17-20
23. Chopra V, Flanders SA, Saint S, et al. The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters (MAGIC): Results From a Multispecialty Panel Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Ann Intern Med* [Internet]. 2015 Sep 15 [cited 2017 Nov 15];163(6_Supplement):S1.

Infusión 
SOLUCIÓN GLOBAL

Seguridad y Confianza

DOSI-FUSER[®]

Infusor Elastomérico Portátil



Izasa Hospital

A WerfenLife Company

Izasa Hospital, S.L.U. Plaza de Europa, 21-23, 08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) | Atención al Cliente Tel. 902 20 30 70 | www.izasahospital.es

Fabricado por: Leventon, S.A.U. A WerfenLife Company



El melanoma ocular es el tumor intraocular primario más común en los adultos y la segunda localización más frecuente para el melanoma primario después de la piel. Estos tumores aparecen con mayor frecuencia en la úvea que en la conjuntiva (35:1). La mayoría son coroides y su diagnóstico puede ser difícil sobre todo si son de pequeño tamaño. El dato clínico más importante a favor del diagnóstico de melanoma corioideo es el crecimiento documentado de una lesión en sucesivos controles. (1).

Existen diversas opciones para su tratamiento, hasta la década de los 70, el único tratamiento disponible era la enucleación. Actualmente, existen tratamientos conservadores, como la braquiterapia que consiguen el control tumoral y son menos mutiladores para el paciente. (2).

El tratamiento de braquiterapia consiste en administrar una dosis de radiación ionizante en la base del tumor, colocando una placa metálica con fuentes radiactivas (2) (Foto 1)

El implante se realiza en quirófano con anestesia local, empleando una placa COMS (Collaborative Ocular Melanoma Study) (3) que es una pequeña placa circular de oro junto con un fondo de silicona donde se introducen las semillas de Iodo-125. Las dimensiones de estas semillas son de 5 mm de longitud y 1 mm de anchura. (Foto 2, 3 y 4). Para la localización de la lesión ocular se ayudan de diversas pruebas de imagen, entre ellas la oftalmoscopia o transiluminación transpupilar, esta última prueba es de gran utilidad en el acto quirúrgico para una adecuada colocación de la placa (2) (Foto 5 y 6). Posteriormente la placa COMS se sutura a la esclera, colocando a continuación un vendaje oclusivo y un parche de protección radiológica. Pasados unos días y tras recibir la dosis de radiación necesaria para su tratamiento, se procede a retirar la placa COMS, para ello el paciente debe volver a pasar por quirófano.

Dependiendo de la actividad de las semillas, el paciente debe permanecer ingresado de 48 a 72 horas hasta conseguir la dosis prescrita para su tratamiento. Se deben seguir las normas de protección radiológica de cada centro, que, por lo general consisten en:

- Registro de entrada y salida de semillas de radiación.
- Carga de semillas en la placa COMS realizado por personal

experto y con medidas de protección adecuadas: delantal plomado, guantes plomados, etc.

- El paciente debe permanecer en una habitación individual con características especiales.
- El régimen de visitas de los familiares será en función de las indicaciones del centro.
- El personal que le atiende (cambio de vendaje, administración de mediación) deberá llevar dosímetro individual y aplicar las medidas de protección radiológica como guantes plomados, delantal plomado y protección tiroidea.
- Es importante conocer la ausencia de riesgo de irradiación a distancia ya que con el parche de protección radiológica sobre el ojo del paciente se puede entrar en la habitación sin necesidad de tomar medidas adicionales de protección.
- Una vez que se retira el implante el paciente ya no emite radiación.
- Las semillas que se retiran del implante quedan almacenadas en la gammateca.

El tratamiento con radiación es indoloro y la tolerancia por lo general es buena. Las principales complicaciones de la braquiterapia oftálmica son las derivadas de la colocación de la placa ocular como blefaritis, conjuntivitis, queratitis y alteración de la movilidad ocular y en menor medida pueden aparecer hemorragia, cataratas, desprendimiento de retina, glaucoma o neuropatía óptica a largo plazo (2) también se ha descrito pérdida de agudeza visual transcurridos 3 años después del tratamiento (5)

La braquiterapia oftálmica es una buena opción terapéutica para el tratamiento del melanoma ocular ya que es un tratamiento poco invasivo y muy bien tolerado. Se puede afirmar que los pacientes tratados mediante braquiterapia tienen una mejor percepción de la salud general que los pacientes enucleados (5). Pero como todo tratamiento oncológico, la aplicación de braquiterapia oftálmica deber ir acompañada de una atención especializada que contemple el desarrollo de los cuidados integrales del paciente por un equipo multidisciplinar, capaz de ofrecer respuestas coherentes y dinámicas a las necesidades que plantea el paciente y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jovanovic P, Mihajlovic M, Djordjevic-Jocic J, Vlajkovic S, Cekic S, Stefanovic V. Ocular melanoma: an overview of the current status. *Int J Clin Exp Pathol*. 2013;6(7):1230-1244.
2. Roviroso A., Samper P., Villafranca E. Braquiterapia 3D guiada por la imagen. Madrid: SEOR; 2017
3. Sanjuán A., Quilis A. (Internet) Intervenciones de enfermería y valoración del confort en braquiterapia oftálmica en el melanoma de coroides. XII congreso Nacional SEEO: Santiago de Compostela. Consultado 29 nov 2017. Accesible en: <http://congreso2009.seeo.org/pages/comunicaciones/ponencias/229.pdf>
4. Pérez Calatayud J, et al. Protección radiológica en Braquiterapia. Informe del grupo de trabajo de Braquiterapia de la SEFM *Rev Fis Med* 2015;16(2):11-47
5. Blanco-Rivera C., Capeans-Tomé. C., Otero-Cepeda XL. Calidad de vida en pacientes con melanoma de coroides. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2008; 83:301-30



Dolor, fatiga y alteración del sueño merman la calidad de vida del paciente mayor con cáncer

ecodiario.es

De los 15 millones de personas que vivían con cáncer en Estados Unidos en 2016, el 62 por ciento tenía 65 años o más. Esta proporción está creciendo con el tiempo y pronto las tres cuartas partes de los supervivientes de cáncer estarán en este grupo de edad. Comprender los factores más importantes que contribuyen a mejorar o mantener una buena calidad de vida más allá del periodo de tratamiento inicial puede ayudar a identificar a los sobrevivientes que son más vulnerables y corren el riesgo de tener problemas de salud.

Para investigar el problema, María Pisu, profesora asociada en la División de Medicina Preventiva; Gabrielle Rocque, profesora asistente en Hematología y Oncología, y sus colegas de la Universidad de Alabama, en Birmingham, Estados Unidos, entrevistaron a 1.457 adultos de 65 años o más. La mayoría de los encuestados no estaban recibiendo tratamiento para el cáncer activamente en el momento de la entrevista y estaban en el año o más posterior a su diagnóstico. La encuesta exploró factores en las áreas físicas, psicológicas, sociales y espirituales que podrían afectar a la calidad de vida.

Los científicos encontraron que los componentes físicos y mentales de la calidad de vida probablemente se vieron afectados por factores en diferentes áreas. Los contribuyentes más importantes vinculados con una peor calidad de vida física incluyeron síntomas más severos de dolor, fatiga y sueño alterado en la semana anterior a la encuesta, así como otras afecciones médicas que los pacientes tenían además del cáncer.

También fueron importantes los factores del dominio social relacionados con las necesidades de apoyo, como la necesidad de ayuda cuando se fatiga. Ser físicamente activo parece ser un importante contribuyente a una mejor calidad de vida física. Los impulsores más importantes relacionados con una peor calidad de vida mental volvieron a ser la gravedad de los síntomas, como la fatiga y el sueño alterado. Otros posibles contribuyentes incluyen la necesidad de apoyo emocional y tener dificultades financieras.

“Los estudios de calidad de vida tienden a centrarse en un cáncer en el momento, en el periodo durante el tratamiento y en medicamentos o tratamientos específicos contra el cáncer. Sin embargo, como las personas viven más tiempo después de un diagnóstico de cáncer, es importante comprender la contribución de otros factores a la calidad de vida independientemente del tipo de cáncer o tratamiento --afirma Pisu--. El tipo de cáncer y el tratamiento recibido no se encontraban entre los factores más importantes que afectan a la calidad de vida en nuestro grupo de supervivientes”.

La doctora Pisu señala que la contribución de las dificultades financieras al componente mental de la calidad de vida fue algo inesperado. “Por lo general, se ha descubierto que las dificultades financieras y económicas son menos preocupantes para los adultos mayores”, subraya.

Los resultados del estudio tienen implicaciones para la atención de los sobrevivientes de cáncer de más edad. “El enfoque para la atención de esta población debe ser uno de promoción integral de la salud que incluya la gestión adecuada de los síntomas y las condiciones comórbidas y la promoción de estilos de vida saludables --dice Pisu--. Además, su cuidado debe reconocer la importancia de los contextos sociales de los sobrevivientes mayores y las necesidades de apoyo que puedan tener, incluidos los relacionados con los desafíos financieros”.



Un nuevo fármaco, eficaz para evitar neuropatías periféricas derivadas de la quimioterapia

agencia sinc

Investigadores del Hospital Universitario de Bellvitge - Instituto Catalán de Oncología (HUB-ICO-IDIBELL), liderados por Jordi Bruna, han testado con éxito una nueva molécula capaz de evitar el desarrollo de neuropatías periféricas derivadas del tratamiento con quimioterapia en pacientes de cáncer, especialmente en cáncer de colon.

La molécula, que presenta un mecanismo de acción totalmente nuevo, supondría el primer tratamiento de eficacia establecida para combatir esta complicación, para la que hasta ahora no existe ningún procedimiento efectivo aprobado.

Hasta ahora, este efecto adverso se ha asumido como cierto peaje a pagar, a pesar de tener un impacto negativo demostrado en la calidad de vida del paciente, encarecer sus cuidados y muchas veces impedir la administración completa y efectiva del tratamiento citostático, con la potencial disminución de las probabilidades de supervivencia que eso conlleva.

Los investigadores del HUB-ICO-IDIBELL identificaron una nueva molécula como candidata para evitar la aparición de este efecto adverso.

“Gracias a un acuerdo de colaboración público-privada, hemos podido diseñar un estudio clínico de fase 2b (randomizado con placebo), lo que ha permitido extraer conclusiones sobre el potencial del fármaco en la prevención de neuropatías durante el tratamiento citostático”, explica Bruna, líder del estudio.

Los resultados del trabajo demuestran una disminución en la aparición de trastornos asociados a la disfunción de los nervios en aquellos pacientes de cáncer que tomaron el nuevo fármaco.

“Cuando se diseñó el ensayo, los datos de seguridad provenientes de los ensayos previos limitaban la duración del tratamiento con la nueva molécula y esto hizo que tuviéramos que trabajar a dosis bajas en relación a la duración del tratamiento quimioterápico, pero a pesar de todo hemos obtenido resultados positivos y ahora nos encontramos con suficiente información como para poder ampliar la duración del tratamiento, con lo cual esperamos obtener resultados aún más satisfactorios”, comenta el autor.

“Dado el ritmo habitual de los ensayos clínicos y que las agencias del medicamento tienden a seguir procesos de aprobación rápida en patologías graves y huérfanas de tratamiento, es probable que el tiempo de llegada de este nuevo fármaco al mercado sea bastante breve. Estaríamos ante el primer tratamiento disponible para evitar este tipo de neuropatías. Además, es un fármaco con otros usos médicos como analgésico no opioide”, añade Bruna. En cualquier caso, la mejora del control del dolor y la reducción en la aparición de neuropatías graves representa sin duda el beneficio más destacado del desarrollo de este novedoso fármaco.



No hay justificación científica para que se valore el uso del cannabis terapéutico

heraldo.es

La Organización Médica Colegial (OMC) ha considerado recientemente que “a la luz del conocimiento científico actual”, no se encuentra, de momento, justificación para que se valore el uso terapéutico del cannabis.

La Asamblea General ha refrendado, por unanimidad, un informe en el que pide que el uso terapéutico del cannabis disponga de un respaldo científico sólido, se someta al control estricto de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) y se sigan los procedimientos habituales establecidos para cualquier otro fármaco.

La OMC se pronuncia así después de que la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso haya dado luz verde a la creación de una subcomisión para analizar la posible

regulación en España del uso terapéutico de esta droga y derivados, a partir de una proposición no de ley de Ciudadanos (Cs).

Los médicos advierten de que el consumo de cannabis está sujeto a la posibilidad de efectos adversos para el sistema nervioso central que pueden provocar alteraciones psíquicas, además de sus repercusiones en el aparato respiratorio.

Según la OMC, la propia Asociación Médica Mundial ha reconocido y descrito “graves efectos nocivos” para la salud provocados por esta sustancia: comorbilidades psiquiátricas, desmotivación, policonsumo de drogas, incluso, como desencadenante de accidentes de tráfico.

Otros estudios recientes, señala el informe, han evidenciado que la composición del humo de la marihuana es similar a la del humo del tabaco, “lo que debe alertar por su posible efecto para la salud pulmonar”.

En la iniciativa de Cs consta que el cannabis ha demostrado importantes efectos en la prevención de las náuseas y vómitos de la quimioterapia, en la mejora del dolor neuropático y la espasticidad características de la esclerosis múltiple y como remedio para combatir las crisis convulsivas en la epilepsia.

La organización médica señala que existen otros medicamentos para prevenir las náuseas y vómitos en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia, así como que ninguna guía internacional recomienda derivados del cannabis para el dolor neuropático, ni hay evidencias científicas en el caso del tratamiento de las epilepsias.



La flora intestinal afecta al éxito de la inmunoterapia contra el cáncer

agencia sinc

Las bacterias son fundamentales para la vida y la salud humana. Desde hace años, el papel de la microbiota intestinal va tomando importancia en numerosas enfermedades, entre ellas, el cáncer. Esta semana, la revista Science publica dos estudios sobre cómo los microbios que viven en el tracto digestivo humano pueden influir en la respuesta del cáncer a la inmunoterapia, lo que abre una nueva vía para optimizar su

tratamiento.

Ambas investigaciones sugieren que mantener una flora intestinal saludable ayudaría a combatir diversos tumores. En primer lugar, Bertrand Routy y su equipo, del centro francés de investigación Gustave Roussy, exploraron la influencia de los antibióticos en los pacientes con cáncer de pulmón o riñón sometidos a un tipo de inmunoterapia que activa el sistema inmunitario para atacar los tumores, llamada anti PD-1.

Los pacientes que habían tomado previamente antibióticos para algún tipo de infección presentaron una supervivencia menor que aquellos que no los consumieron.

Tras el análisis de los microbios intestinales, los autores observaron que la abundancia de la bacteria Akkermansia muciniphila se asociaba con el mejor resultado clínico. La especie fue detectada en el 69% de los pacientes que presentaron una respuesta parcial y en el 58% de aquellos que mantuvieron la enfermedad estable con el tratamiento. Sin embargo, solo fue detectable en el 34% de los pacientes que no respondieron a la terapia. Además, los científicos comprobaron que, en ratones tratados con antibióticos, los suplementos orales con bacterias aumentaron la eficacia de las células inmunitarias de los roedores.

En el segundo estudio, los autores –de la Universidad de Texas y el centro del cáncer MD Anderson de Houston, ambos en EE UU– afirman que los pacientes con melanoma que responden mejor a la misma inmunoterapia PD-1 poseen mayor diversidad de microbios intestinales y abundancia de ciertas bacterias.

“Se puede cambiar el microbioma, no es tan difícil, así que estos hallazgos abren oportunidades enormes”, explica Jennifer Wargo, líder del estudio. “Nuestras investigaciones en pacientes y el posterior trabajo con ratones revela que nuestras bacterias intestinales modulan la inmunidad tanto sistémica como antitumoral”.

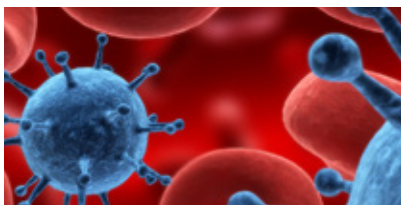
Para llegar a estas conclusiones, publicadas en Science, recolectaron muestras fecales de 112 pacientes con melanoma avanzado que también estaban tomando inhibidores de PD-1 y analizaron su microbioma.

Los pacientes cuya flora intestinal estaba enriquecida con las bacterias Faecalibacterium y Clostridiales tenían más probabilidades de responder al tratamiento y experimentar una mayor supervivencia libre de progresión, es decir, más tiempo en el que la enfermedad no empeora durante y después de la medicación.

Por el contrario, se observó justo lo opuesto en los pacientes cuyos microbiomas se

Cuando los científicos de Texas trasplantaron a ratones libres de gérmenes los microbios de los pacientes que respondieron al tratamiento, se obtuvieron resultados similares a los observados en humanos. Al monitorear su respuesta a la inmunoterapia, los ratones que recibieron trasplantes de pacientes con buena respuesta tuvieron un crecimiento tumoral reducido, así como una mayor densidad de células T beneficiosas y niveles más bajos de células inmunosupresoras.

Los expertos advierten que aún hay mucho que aprender sobre la relación entre el microbioma y el tratamiento del cáncer, por lo que instan a los pacientes a no automedicarse con probióticos u otros métodos.



¿Quién se beneficiaría de un tratamiento preventivo de metástasis en cáncer de mama?

agencia sinc

Los médicos no disponen de ninguna herramienta para detectar precozmente los pacientes de cáncer de mama que sufrirán metástasis en los huesos, un proceso que se producirá en el 15-20% de los enfermos. Y en particular, no pueden identificar a los pacientes que se podrían beneficiar anticipadamente de tratamientos específicos de metástasis, como el ácido zoledrónico. Un estudio liderado por Robert E. Coleman, de la Universidad de Sheffield, y el investigador ICREA del Instituto de

Investigación Biomédica (IRB Barcelona), Roger Gomis, publicado en *Lancet Oncology*, descubre la amplificación del gen MAF como una aproximación que permite estratificar a los pacientes de cáncer de mama que se beneficiarían del uso de ácido zoledrónico en un contexto adyuvante (pacientes negativos para MAF), de aquellos que les sería perjudicial (positivos para MAF y que no estén en postmenopausia).

Las metástasis óseas son el único tipo del que se disponen de tratamientos que, aunque sin curarlas, las mantiene controladas. Ahora bien, la terapia solo se administra una vez la metástasis se manifiesta y suele ser demasiado tarde. Estudios preliminares indican que los mismos fármacos para tratarlas serían igualmente válidos para evitarlas, por ello identificar los pacientes

que podrían beneficiarse de los fármacos es clave.

“Es aquí donde este descubrimiento puede ser de gran utilidad para la clínica y evitaría el tratamiento de pacientes que no se beneficiarían o que podrían salir perjudicados”, sugiere Gomis, jefe del laboratorio Control de Crecimiento y Metástasis.

Aproximadamente, hay un millón de nuevos casos de cáncer de mama al año. El tratamiento preventivo contra las metástasis al hueso puede tener efectos secundarios indeseables y un coste elevado, por tanto, no se puede administrar masivamente, cuando ya se sabe que podría ser perjudicial para el 4% de los pacientes.

“Para implementar un test diagnóstico de acompañamiento a un tratamiento, primero hay que saber qué pacientes pueden beneficiarse de él y cuáles no. Nuestro descubrimiento ofrece un modo de distinguirlos, cuando antes no era posible”, confirma Gomis.

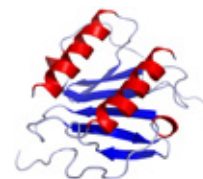
Este estudio se ha centrado en la asociación entre el beneficio del tratamiento, la amplificación del gen MAF y el resultado final. En pacientes MAF-negativos, la inclusión de ácido zoledrónico en el contexto adyuvante se asocia con mejores resultados, independientemente del estado de la menopausia. En cambio, en pacientes con MAF-positivo no postmenopáusicas en el inicio del tratamiento, observan un aumento de resultados adversos y mortalidad.

La evaluación en función de MAF tiene el potencial de convertirse en un enfoque objetivo para seleccionar pacientes con cáncer de mama al que administrar un tratamiento adyuvante con bisfosfonato.

Joan Albanell, jefe de Oncología Médica del Hospital del Mar, afirma: “El estudio presenta evidencias nuevas para apoyar MAF como el primer biomarcador predictivo con aplicación clínica para seleccionar pacientes con cáncer de mama temprano para recibir tratamiento adyuvante de ácido zoledrónico. Si los resultados se confirman en un estudio independiente, MAF debería incorporarse a pruebas rutinarias en el cáncer de mama temprano y tendría un impacto en la vida de miles de pacientes que se beneficiarían de una selección personalizada”.

El próximo paso es confirmar el hallazgo en una ensayo independiente. De confirmarse, se podría modificar la estrategia terapéutica del cáncer de mama inicial y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. “Esto es exactamente lo que estamos haciendo ahora. Inbimotion ha completado el desarrollo de la tecnología y ha iniciado el segundo estudio clínico prospectivo/retrospectivo para validar el marcador en

pacientes con cáncer de mama inicial”, explica Gomis.



Un biomarcador predice qué pacientes con cáncer responderán mejor a la inmunoterapia

agencia sinc

Científicos del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) y de la Clínica Universidad de Navarra han descubierto un biomarcador que ayuda a predecir qué pacientes con melanoma y cáncer de pulmón responderán mejor a la inmunoterapia. Los resultados se han publicado en portada en *Annals of Oncology*, la revista de la Sociedad Europea de Oncología Médica, y se presentaron en su congreso anual, celebrado recientemente en Madrid, al que asistieron más de 20.000 especialistas.

En este estudio se descubre por primera vez un biomarcador dinámico de respuesta a la inmunoterapia, llamado interleukina 8, que podría ser útil para identificar de modo temprano aquellos pacientes que se puedan beneficiar del tratamiento.

“El estudio, realizado en 29 pacientes con melanoma y 19 con cáncer de pulmón, demuestra que la variación en la concentración de interleukina 8 en el suero de los pacientes predice fielmente la respuesta a la inmunoterapia con anticuerpos monoclonales anti-PD1”, explica Ignacio Melero, investigador de Inmunología e Inmunoterapia del CIMA y de la Clínica Universidad de Navarra y director del trabajo.

En el contexto de los revolucionarios avances en inmunoterapia del cáncer que se han producido en los últimos años, “este tipo de aportaciones son cruciales para evitar toxicidad innecesaria, aminorar costes y maximizar el beneficio clínico de los pacientes”, apunta Melero.

Por su parte, Miguel Fernández de Sanmamed, primer autor del estudio, que completa su formación en la Universidad de Yale (EE UU), resaltó la necesidad de “conformar y potenciar equipos multidisciplinarios para acelerar el progreso de la inmunoterapia y obtener más resultados en beneficio de los pacientes”.



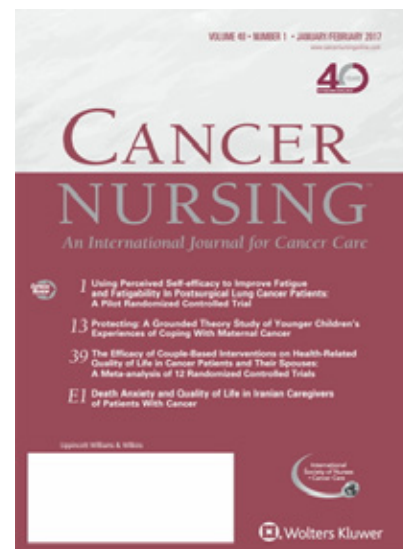
EUROPEAN JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING/AGOSTO

En el número de Diciembre destacamos tres artículos. El primero lleva por título “Evaluación de la calidad de vida en pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer de pene: impacto de la agresividad en la cirugía” en el que evalúan la calidad de vida de 51 pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer de pene. La penectomía total, la penectomía parcial o la escisión local amplia se realizaron en 11, 27 y 13 pacientes, respectivamente, y se utilizó el cuestionario EORTC QLQ-C30 para la evaluación del estado de salud global y el funcionamiento físico. Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre la agresividad del procedimiento quirúrgico y ambas, pero en cambio, entre los pacientes que mantuvieron relaciones con sus parejas después de la cirugía, el 58,9% declaró que sus relaciones postoperatorias no eran inferiores en comparación con los preoperatorios.

El segundo artículo nos habla de las perspectivas de los profesionales de la salud sobre reclutar participantes en un ensayo controlado aleatorio para probar una intervención en cuidados paliativos. El estudio tuvo un diseño explorativo cualitativo. Participaron diez entornos paliativos de atención domiciliar y los datos se generaron a

través de discusiones grupales y entrevistas con los profesionales de la salud responsables del reclutamiento. Los resultados nos dicen que los profesionales revelan que comunicar el diseño del estudio a pacientes y cuidadores familiares fue una parte difícil del reclutamiento, pero se consideró un proceso de aprendizaje a lo largo del tiempo. La delicada situación en la que vivían los participantes era un desafío añadido y los profesionales de la salud creían que el diseño aleatorizado era contrario a su enfoque habitual para ofrecer siempre el mejor soporte posible. Como conclusión, para promover un reclutamiento exitoso, los profesionales pueden necesitar más capacitación para mejorar sus habilidades de comunicación y puede ser necesario considerar otros diseños de investigación distintos.

Otro artículo nos habla de un estudio prospectivo, aleatorizado y controlado sobre la efectividad de un programa de actividad física en casa y el drenaje linfático simple en la prevención del linfedema relacionado con el cáncer de mama. Se asignaron al azar 52 pacientes, uno al programa y otro como grupo de control aunque los dos grupos recibieron entrenamiento para el linfedema. El programa y drenaje se administraron mediante visitas domiciliarias de los investigadores, dos veces por semana durante seis semanas, en el grupo de intervención y se midieron en ambos grupos la circunferencia de la extremidad superior, la gravedad de los síntomas y la función física. Los resultados evidenciaron que la circunferencia de la extremidad superior aumentó aproximadamente dos veces desde la línea base, en el grupo de control, especialmente en la sexta semana. También se encontró que los puntajes de severidad de los síntomas relacionados con el linfedema disminuían significativamente en el grupo de intervención, en comparación con los del grupo control por lo que se recomienda este programa con un seguimiento en pacientes que planean someterse a una cirugía de cáncer de mama, comenzando desde antes de la cirugía y hasta después, para prevenir el linfedema.



CANCER NURSING JULIO/AGOSTO

El último número contiene cuatro artículos en la portada. Uno de ellos es un estudio de métodos mixtos para comprender el significado esencial de los cambios medidos en el peso y la composición corporal entre las mujeres durante y después del tratamiento adyuvante para el cáncer de mama. Se utilizó un diseño de investigación de métodos mixtos. Los datos consistieron en medidas de peso y composición corporal de 95 mujeres con cáncer de mama durante 18 meses después de la cirugía. Doce mujeres de esta cohorte fueron entrevistadas individualmente a los 12 meses. Las exhibiciones conjuntas y la interpretación integradora de métodos mixtos demostraron que incluso las ganancias de peso pequeñas, aumento de la cintura y la pérdida de peso se asociaron con el temor a la recurrencia del cáncer de mama. Al percibir un cuerpo ambiguo y transformador, las mujeres se movieron entre un sujeto corporal unificado y el cuerpo como un objeto disociado en “yo” y “eso” mientras luchaban o aceptaban los cambios corporales. Los hallazgos demostraron que los cambios de peso reales no se corresponden con los cambios percibidos y pueden desencadenar amenazas existenciales.

Otro artículo nos habla sobre un estudio cualitativo sobre la comunicación de madres chinas sobre su cáncer de mama con sus hijos. Se realizó un estudio de descripción interpretativa. Cuarenta madres con cáncer de mama no terminal en China continental

fueron entrevistadas individualmente. Los datos se analizaron usando 3 pasos de codificación: codificación libre, codificación descriptiva y codificación interpretativa. Los resultados identificaron cuatro temas: dar la noticia, explicar a los niños, divulgar versus ocultar y las necesidades de información. La mayoría de las madres chinas revelaron a sus hijos el diagnóstico de cáncer de mama, principalmente porque era imposible ocultar la verdad. Explicaron la enfermedad de manera objetiva; sin embargo, tienden a permitir que los niños observen sus cambios físicos y escuchen conversaciones entre adultos. Esto se debía a que no sabían cómo comunicarse adecuadamente con sus hijos, y preferían que los niños entendieran el evento de forma natural. Las conclusiones nos dicen que la comunicación estaba influenciada por la cultura tradicional y que se deben realizar estudios cuantitativos con tamaños de muestra mayores, y desarrollar recursos para ayudarlas a comunicarse de forma adecuada con sus hijos sobre su enfermedad.

Otro artículo es un modelo de evaluación en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer sobre la resiliencia en la enfermedad. Este artículo es el segundo de los dos artículos que informan sobre la evaluación del Modelo de Resiliencia en Enfermedades (RIM) como un modelo predictivo para orientar la investigación y la práctica de salud positiva. Se realizó una evaluación confirmatoria de RIM utilizando datos de línea de base de una muestra de 113 pacientes de 11 a 24 años de edad que se sometieron a trasplante de células madre hematopoyéticas y se inscribieron en un ensayo controlado aleatorizado de una intervención conductual para mejorar la resiliencia. Los datos se analizaron utilizando un modelo de ecuaciones estructurales variables latentes. Los resultados demostraron que los índices de ajuste apoyaron a RIM como un modelo confirmado que explicaba grandes variaciones en los resultados de auto-trascendencia (62%) y resiliencia (72%), y en 3 de 5 mediadores, específicamente integración social (74%), afrontamiento valiente (80%) y significado derivado de la esperanza (87%), así como cantidades pequeñas a moderadas de varianza en los mediadores restantes del afrontamiento defensivo (1%) y el entorno familiar (35%). La conclusión es que estos resultados apoyan el RIM como una guía apropiada para desarrollar y evaluar intervenciones para fomentar el ajuste positivo en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer.

Por último un artículo sobre un estudio de los efectos de la relajación muscular y el caminar terapéutico sobre la depresión, la ideación suicida y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia. Este estudio evaluó los efectos de la relajación muscular y la marcha terapéutica sobre la depresión, la ideación suicida y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia. Se adoptó un enfoque experimental con un grupo de 87 pacientes que se asignaron aleatoriamente a un grupo experimental (n = 44) o un grupo de control (n = 43). Los sujetos en el grupo experimental recibieron 2 intervenciones durante 3 meses. Este estudio utilizó 3 instrumentos, incluyendo (1) la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, (2) la Escala de Beck para la Ideación Suicida y (3) el Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud sobre la Calidad de Vida. Los resultados no mostraron diferencias significativas en ninguna variable de resultado en la prueba previa. Los resultados de la prueba posterior indicaron que los 2 grupos obtuvieron puntajes significativamente diferentes solo en la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Los pacientes con cáncer de mama que participaron en las intervenciones de relajación muscular y caminata terapéutica de 3 meses tuvieron un nivel de depresión menor que aquellos que no lo hicieron. Todo esto nos lleva a la conclusión de que el programa fue efectivo y las enfermeras oncológicas podrían enseñarlo a los pacientes.

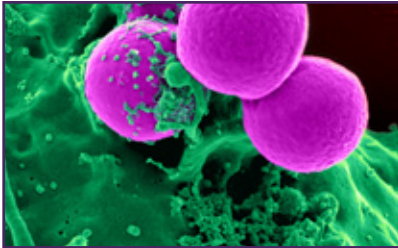
una encrucijada en enfermería a través de un estudio de caso". El campo de la genética y la genómica se está expandiendo rápidamente, particularmente en oncología. La genética y la genómica pueden conducir a preocupaciones éticas. Las enfermeras de oncología deben equilibrar la necesidad de atención oncológica basada en la evidencia con la de la atención ética para los pacientes y sus familiares. Con este artículo se pretende proporcionar una visión general de la genética y la ética del cáncer y su impacto en las enfermeras, los pacientes y las familias de oncología. Se ofrece un estudio de un caso de poliposis adenomatosa familiar (FAP) para ilustrar el impacto de un síndrome de cáncer hereditario en varias generaciones de una familia y cuestiones éticas relacionadas con la genética del cáncer. Además, se proporciona una breve revisión de FAP, biobancos de genes y tejidos y edición del genoma. La genética, la genómica y la farmacogenómica son omnipresentes en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Las enfermeras deben estar bien informadas sobre los problemas éticos relacionados con la genética del cáncer y la atención oncológica para abogar por las necesidades de los pacientes con cáncer. La comunicación y la educación de los pacientes y sus familias antes de las pruebas genéticas de la línea germinal pueden reducir la aparición de dilemas éticos.

Las enfermeras oncológicas son profesionales ocupadas, y el conocimiento puede permitirles enfrentar de manera más efectiva los desafíos. El propósito de este artículo es analizar las formas en que el cáncer y la ética hereditaria afectan a las enfermeras, pacientes y familias de oncología utilizando cuatro principios generales para guiar las decisiones éticas en materia de atención de la salud: el respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia distributiva (Beauchamp y Childress, 2013). Estos principios son importantes, pero el paciente, la familia y la enfermera lo son aún más.



CLINICAL JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING

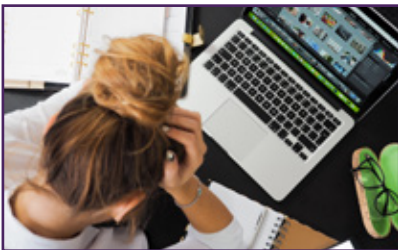
El artículo disponible del último número lleva por título "Ética y genética: examinando



Describen una nueva manera de actuar de las células ante la quimioterapia

Un grupo internacional de investigadores participan junto con la Universidad de Sevilla y Cabimer en este estudio publicado en la revista Science.

Un número importante de agentes antitumorales basa su eficacia en la inducción de roturas en el ADN. Los mecanismos que limpian estas roturas determinan en gran medida la respuesta celular a estos agentes. Las roturas se pueden limpiar de forma directa mediante la acción de ZATT, una nueva proteína identificada. Esto podría emplearse para aumentar la sensibilidad de los tumores a estos tratamientos.



Un estudio identifica los factores que limitan trabajar a los adultos jóvenes sobrevivientes de cáncer

Los efectos adversos tardíos pueden existir meses o años después de la quimioterapia, limitando la capacidad de trabajar a los adultos jóvenes que han sobrevivido al cáncer, según la Unidad de Asesoría Nacional para Efectos Tardíos después del Tratamiento del Cáncer del Hospital de la Universidad de Oslo, que ha realizado el estudio.

Este estudio muestra que los efectos psicológicos y somáticos del tratamiento se asocian con la capacidad de trabajo reducida, en lugar del cáncer en sí.



Un TAC realizado a cuatro momias egipcias identifica el caso más antiguo de cáncer de mama

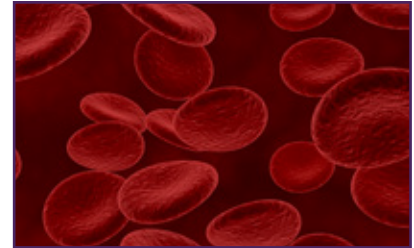
Cuatro momias descubiertas tras unas excavaciones realizadas en la ciudad egipcia de Asuán han sido analizadas mediante la técnica de tomografía axial computarizada o TAC. Los resultados han sacado a la luz los dos casos más antiguos de cáncer de mama y mieloma múltiple, un tipo de cáncer de la médula ósea, que se conocen. También han datado la fecha del fallecimiento: la mujer con cáncer de mama habría fallecido en torno a 2000 a.C y el hombre con mieloma múltiple sobre el 1800 a.C.



Las células del cáncer de mama reutilizan sus residuos de amoníaco para crecer

Las células del cáncer de mama reciclan el amoníaco, un subproducto del metabolismo celular, y lo utilizan como fuente de nitrógeno para estimular el crecimiento del propio tumor, según un estudio recién publicado en Science por investigadoras de la Escuela de Medicina de Harvard y del Instituto Broad. Este amoníaco acelera la proliferación de células cancerosas cultivadas, mientras que la inhibición del metabolismo del amoníaco puede reducir el crecimiento tumoral en ratones.

Este comportamiento biológico del amoníaco en el cáncer puede ayudar a diseñar nuevas estrategias terapéuticas para frenar el crecimiento del tumor.



Detectan ocho tipos de cáncer en sangre antes de que se extiendan

Mediante un análisis de sangre, la nueva herramienta CancerSEEK es capaz de identificar ocho tipos de tumores en fases tempranas hasta en el 70% de los casos, lo que dispararía las opciones de tratamiento y curación. En el trabajo, liderado por la Johns Hopkins University School of Medicine (EE UU), se seleccionaron 1.005 pacientes de ocho tipos de cáncer: ovario, hígado, estómago, páncreas, esófago, colon, pulmón y mama. Sin embargo, se trata solo de un paso inicial. Estos test de cribado deben mejorarse antes de plantearse su uso generalizado.



Demuestran los beneficios de las actividades extrahospitalarias en niños con cáncer

La Fundación Blas Méndez Ponce realiza numerosas actividades lúdicas fuera del entorno hospitalario, dedicadas a niños o jóvenes con cáncer. Ahora ha realizado una investigación psicosocial, con la ayuda del Máster en Intervención Social de la UAM, sobre el efecto de los programas de actividades de cáncer infantil y cómo afecta a su calidad de vida.

En este estudio se evidencian los efectos beneficiosos sobre la calidad de vida de los niños y jóvenes con cáncer entre las dimensiones que, a su juicio, la componen: bienestar físico, bienestar emocional, autoestima y autonomía.



AGENDA

CONGRESOS Y JORNADAS

Juan Manuel Gavala



3.ª JORNADA AVANCES EN DISPLASIAS ÓSEAS Y ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS EN LA INFANCIA

Fecha: 24 de febrero de 2018

Lugar: Sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia

Organizador: Unidad de Dismorfología y Genética Reproductiva. Grupo de Investigación en Neonatología. IIS Hospital La Fe. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.
Enlace: <http://displasioseas.es/>



XVII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Fecha: Del 11 al 13 de abril de 2018

Lugar: Hotel Santemar, Santander

Organizador: Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia

Enlace: <http://www.aeeto.es/congreso-enfermeria-traumatologia-aeeto-2018/>



XXXIX CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Fecha: Del 9 al 11 de mayo

Lugar: Vigo

Organizador: Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Enlace: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/aeec/congresos/proximo-congreso/>



V CONGRESO INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA

Fecha: Del 9 al 11 de mayo

Lugar: Santiago de Chile

Organizador: FUNCIDEN

Enlace: <http://www.campusfunciden.com/v-congreso-internacional-iberoamericano-enfermeria-2018/>



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>



III CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD Y EMPLEO PÚBLICO

Fecha: Del 17 al 20 de abril

Lugar: Universidad de Almería

Organizador: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Enlace: <https://www.saludyempleopublico.com/>



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>



XIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Fecha: Del 11 al 13 de abril

Lugar: Valencia

Organizador: Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

Enlace: <http://www.aeeq.net/>



PÍLDORAS COLECCIONABLES

NUTRICIÓN Y PACIENTE ONCOLÓGICO

Rosario Moreno

CLÍNICA

Los trastornos de la nutrición son muy frecuentes en el enfermo con cáncer. Están presentes entre el 15% y el 40% de los casos en el momento del diagnóstico, y en fases avanzadas, aparecen hasta en un 80% de los pacientes. Los trastornos más frecuentes son la anorexia (pérdida del apetito) y la caquexia (pérdida de peso involuntaria, $\geq 10\%$ en el último año, y debilitante, a pesar de una ingesta normal de alimento). Ambos trastornos pueden ocurrir de forma aislada, pero lo más frecuente es que aparezcan de forma conjunta en el síndrome de anorexia-caquexia. Éste suele contribuir al cansancio, debilidad, anemia, retención de líquidos, facilidad para las infecciones, fragilidad y otras muchas complicaciones que deterioran la calidad de vida del paciente, le dificultan para la realización de tareas básicas del día a día, le causan desánimo y empeoran su tolerancia a los tratamientos, especialmente en las fases avanzadas de la mayoría de cánceres.

La malnutrición se presenta con más frecuencia en el cáncer de páncreas y de estómago y con menor frecuencia y severidad de pérdida de peso están las neoplasias de mama o hematológicas y los sarcomas.

CAUSAS DEL SÍNDROME ANOREXIA-CAQUEXIA

- Se produce por un aumento del metabolismo de las grasas, los azúcares y las proteínas, que en vez de depositarse se liberan a la sangre lo que se conoce como catabolismo acelerado. Así, aunque las personas con cáncer realicen poco ejercicio físico tienen un consumo aumentado de calorías debido a sustancias segregadas por el organismo como respuesta a la inflamación crónica producida por el tumor. Además de este complejo síndrome, hay otras causas de pérdida de apetito y adelgazamiento en el paciente con cáncer que deben ser identificadas para su corrección, si es posible. Las más frecuentes son:
- Náuseas y vómitos
- Disfagia
- Odinofagia
- Ansiedad, estrés, dolor y depresión.
- Fármacos o tratamientos para el cáncer que causan efectos secundarios como náuseas, diarrea, sequedad o heridas en la boca, cambio del sabor de las comidas (disgeusia), rechazo a ciertos alimentos u olores, malas digestiones, etc.
- Incapacidad para disponer de una comida adaptada y adecuada a la situación

DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN

La sospecha de desnutrición se hará en base a lo referido por el paciente en la entrevista clínica, al cálculo del porcentaje de pérdida de peso en los últimos 3-6 meses y al índice de masa corporal. La gravedad se puede estimar de manera directa a través del peso, con cuestionarios de malnutrición o a través de datos de laboratorio como proteínas, albúmina, prealbúmina, y otros parámetros indirectos como la hemoglobina, linfocitos, colesterol y creatinina.

CONSEJOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES CON CÁNCER

- Cuide el ambiente durante la comida.
- Realice 5-6 comidas ligeras cada día.
- Beba alrededor de 6-8 vasos diarios de agua u otros líquidos
- Extreme la higiene de la boca.
- Realice si le es posible actividad física ligera
- Tenga un horario regular y diario para ir al baño
- Elija alimentos de sabor y olor suave y de fácil digestión
- Evite los lugares donde se cocina, la comida de olor fuerte, los irritantes, el tabaco y el alcohol
- Pésese todas las semanas al levantarse por la mañana.
- Si su médico le prescribe un suplemento nutricional recuerde que habitualmente éste es un complemento o apoyo a su comida y no un sustituto.



PÍLDORAS COLECCIONABLES

NUTRICIÓN Y PACIENTE ONCOLÓGICO

TRATAMIENTO SEGÚN EL GRADO DE DESNUTRICIÓN O PÉRDIDA DE PESO

- **Pre-caquexia:** para prevenir la desnutrición es fundamental comenzar corrigiendo los síntomas del tumor (por ejemplo, la dificultad para tragar en tumores digestivos) o del tratamiento (náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, heridas y sequedad en la boca, cambio de sabores, malas digestiones, etc.). Todos los anteriores se pueden resolver con los consejos nutricionales anteriormente enumerados si son leves, o requerir la asociación de fármacos si son intensos.
- **Caquexia instaurada:** a las recomendaciones anteriores se debe añadir un tratamiento del síntoma dominante: caquexia y/o anorexia. Si domina el adelgazamiento, pero el paciente mantiene el apetito, se pueden asociar suplementos nutricionales a la dieta. Si domina la anorexia se pueden pautar fármacos estimulantes del apetito, siendo los más utilizados de tipo hormonal, como los esteroides y el acetato de megestrol.
- **Caquexia refractaria:** en fases más avanzadas hay que entender que la pérdida de apetito y el adelgazamiento son consecuencias de la enfermedad difícilmente solucionables, y que lo fundamental es la comodidad del enfermo. Éste debe ingerir lo que vaya pudiendo, siendo especialmente recomendable una adecuada hidratación con aporte de bebidas, que pueden ser gelificadas. Un batido con yogur, plátano, una cucharada de azúcar, una cucharadita de aceite, otra de miel y el zumo de medio limón, aportan lo básico para ese confort, en momentos en los que es imposible ingerir alimentos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Realizar una buena anamnesis de enfermería
- Adecuar los consejos dietéticos a la situación de cada paciente
- Acompañar y orientar a los familiares según el estado del paciente
- Derivar a dietista si el paciente lo precisa después de realizar un cribado nutricional

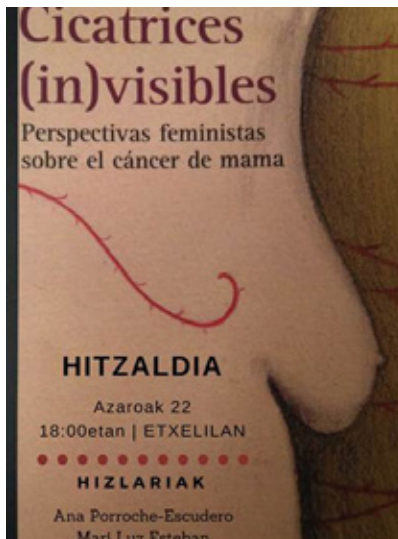
BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad española de oncología médica [Internet].Cuidados continuos: cuidados de soporte y paliación.[actualizado 27 Marzo 2017]. [citado 2017 Dic 19] .Disponible en: <https://www.seom.org/es/guia-actualizada-de-tratamientos/cuidados-de-soporte?start=5#content>
2. García-Luna P.P., Parejo Campos J., Pereira Cunill J.L. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutr.Hosp. [Internet].2006 Mayo [citado 2017 Dic 29] ; 21(Suppl 3): 10-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000600003&lng=es
3. Sendrós Madroño MJ. Aspectos dietoterapéuticos en situaciones especiales del paciente oncológico. Prebióticos y probióticos ¿tienen cabida en la terapia nutricional del paciente oncológico? Nutr.Hosp.[Internet].2016 [citado 2017 Dic 29], 33(Supl.1):17-30.



NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS

Rosario Cumplido Corbacho



CICATRICES INVISIBLES. PERSPECTIVAS FEMINISTAS SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

AUTORES: Ana Porroche-Escudero
EDITORIAL: BELLATERRA
AÑO DE PUBLICACIÓN: 2016
ISBN-13: 978-84-7290-849-9

Este libro es una invitación a repensar el cáncer de mama desde una perspectiva feminista. A partir de miradas diversas (médica, activista, de la experiencia personal, de las ciencias sociales...), una veintena de especialistas quieren contribuir a fomentar la reflexión y a estimular procesos de transformación social y personal. Han participado en él Begoña Arrieta, Mary Bryson, Grazia de Michele, Mari Luz Esteban, Beatriz Figueroa, Gerard Coll-Planas, Victoria Fernández, Teresa Forcades i Vila, Jacqueline Gahagan, Cinzia Greco, Tae Hart, Ainhoa Irueta, Caro Novella, Júlia Ojuel, Marisa Paituví, Ana Porroche-Escudero, Geneviève Rail, Caterina Riba, Janice Ristock, Dorothy Roberts, Gayle Sulik y Carme Vall-Llobet.

En el epílogo, TERESA FORCADES I VILA nos dice sobre esta obra: "Solo al final del libro el título Cicatrices (in)visibles y su paréntesis móvil adquieren todo su sentido. En un primer momento, la elección de la palabra «cicatriz» resulta incómoda. Confronta directamente y rechaza la cultura de la positividad impuesta que enseña a disimular, a esconder y, en el fondo, a avergonzarse del propio cuerpo o de la propia experiencia cuando no se ajustan a unas expectativas culturales que a menudo son totalmente arbitrarias."



DAME LA MANO. AYUDANDO A LOS NIÑOS CON CÁNCER Y A SUS FAMILIAS

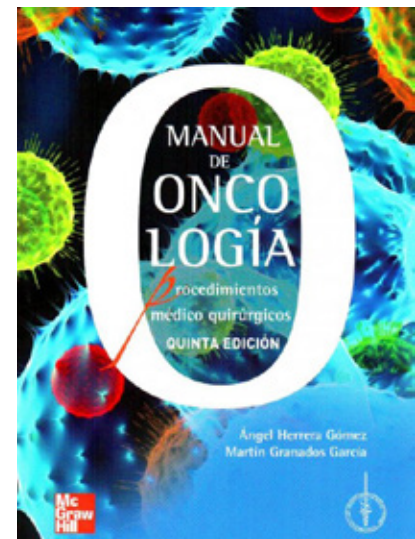
AUTORES: Drilon, A. - Postow, M.
EDITORIAL: AMOLCA
AÑO DE PUBLICACIÓN: 2017
ISBN-13: 9789588950723

Dame la mano nace con el deseo de ser de utilidad para los niños con cáncer y sus familias. También para el personal médico que lucha día a día contra esta terrible enfermedad, para los hermanos y abuelos, para los amigos más cercanos, para los profesores. Todos ellos deben formar un equipo que derrote al cáncer infantil.

Recoge experiencias y testimonios de toda una vida dedicada a luchar contra el cáncer en la infancia y a mejorar las condiciones de vida de los jóvenes curados.

Uno de los propósitos principales de Ana María Álvarez Silván con la publicación de este libro es transmitir la esperanza de que, a pesar del sufrimiento que genera, gracias a la colaboración de todos, cerca del 80% de los pacientes afectados sobreviven al cáncer.

En palabras del catedrático de psiquiatría infantil Jaime Rodríguez Sacristán en su prólogo, "este libro no es un resumen bibliográfico de lo escrito sobre el cáncer infantil. Son páginas muy pensadas, muy vividas y muy cercanas. Muy recomendables para ayudar a los niños que sufren y a sus familiares, que necesitan personas como Ana M^a Álvarez Silván".



MANUAL DE ONCOLOGÍA PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS (6ª EDICIÓN)

AUTORES: Kölliker, R.
EDITORIAL: CORPUS
AÑO DE PUBLICACIÓN: 2016
ISBN-13: 9789871860319

El tratamiento multidisciplinar de los pacientes con cáncer y los avances científicos en todas las áreas de la oncología han permitido tener mejores posibilidades de cura o control de la enfermedad, acompañado por aumentos en la supervivencia y calidad de vida. Este manual de oncología aborda todos los aspectos relacionados con la epidemiología, el diagnóstico, fisiopatología, tratamiento, soporte y pronósticos de los pacientes con cáncer.

Su índice incluye principios generales, del diagnóstico y del tratamiento, urgencias oncológicas, análisis de neoplasias que afectan diferentes sistemas, tratamiento de la enfermedad regional diseminada, así como soporte del paciente oncológico y temas especiales.



Trabajar como enfermera en Turkana es un desafío constante. Mi nombre es Paula, tengo veintidós años y terminé enfermería en junio de 2016. Desde muy pequeña sentí una fuerte inclinación y ganas de ayudar a los más desfavorecidos, especialmente a aquellos que viven en países denominados tercermundistas. Y es por ello por lo que decidí desarrollar mi profesión en este tipo de entorno, y lo que finalmente, en enero de 2017 me trajo a Turkana.

Turkana está situado en el Norte de Kenia, muy próximo a la frontera con Etiopía y Sudán. La población Turkana es nómada y seminómada, viven en “manyattas” (casas construidas con un conjunto de palos, con aspecto parecido al de un iglú), y se alimentan, por norma general, de leche y sangre de cabra. Si hay suerte y el gobierno reparte comida, puede que consigan algo de judías y maíz, pero el hambre es una realidad que viven día a día los Turkana. Su forma de vida se basa en la supervivencia. Hay un rasgo de esa afirmación que me impactó mucho cuando vine, y es que, en su lengua, el dialecto Turkana, no existe tiempo futuro, todo es en presente, puesto que viven al día.

Es por esto, y por otros muchos motivos, que el trabajo como enfermera aquí supone un reto diario. Es una zona donde la salud (como entendemos en el mundo occidental), llegó con los misioneros, pero por suerte, y tras muchos años de insistencia por su parte, el gobierno cada vez va teniendo más en cuenta a esta zona tan olvidada de Kenia, donde el hospital más cercano está a unas 6-8 horas en coche, siempre que las carreteras estén en buenas condiciones.

El proyecto en el que trabajo está en la zona más al norte de Turkana, y tiene como objetivo facilitar el acceso a la sanidad a los poblados remotos de la zona. Éste se compone, por el momento, de dos enfermeros kenianos y dos españoles, además de tres traductores y un conductor Turkana. El trabajo de las clínicas móviles se centra en la prevención de enfermedades, con charlas de educación sanitaria, vacunación y seguimiento de embarazadas, además del acceso al tratamiento de las enfermedades más prevalentes (infecciones respiratorias, destacando la neumonía, problemas digestivos como la diarrea y enfermedades tropicales, principalmente la malaria), pero se atienden casos de toda índole, y dado que Turkana no cuenta con médicos u otro personal sanitario, el proyecto carga con un nivel muy alto de responsabilidad al ser la única referencia médica que existe en toda la zona.

Ejemplos de este hecho y referidos a los cuidados oncológicos, que tienen mucho de cuidado paliativo desde el comienzo, por la falta de medios, son los dos siguientes casos:

El primero, una mujer, de unos 35-40 años (ella no lo sabe con exacti-

tud), con la apariencia de unos 60 años. Hace un año se la pudo llevar al hospital de Lodwar donde le diagnosticaron un carcinoma de útero con metástasis hepáticas y masas tumorales en el abdomen, con una complicación añadida, ascitis. Un diagnóstico muy difícil de tratar incluso en nuestro país. Esto, unido al poco presupuesto del proyecto en el momento, hizo que finalmente se tomase la decisión de traerla de vuelta y que fuera a vivir con la “community health worker” que trabaja en el proyecto.

Desde entonces, dos veces por semana, se le realiza la paracentesis evacuadora y se valora el dolor; en este momento se encuentra en una fase muy avanzada, apenas puede andar ni comer, y siente una debilidad muy fuerte, por lo que tratamos de darle unos cuidados paliativos lo más completos posibles, pero se complica mucho debido a la importantísima barrera del lenguaje y la escasez de medios. La mayor parte del tiempo se encuentra tendida en el suelo de la manyatta donde vive, cambiando constantemente de postura puesto que la acumulación de líquido le hace sentirse muy incómoda, y con multitud de moscas alrededor de los ojos, la cara y por todo el cuerpo, una imagen que no se olvida con facilidad. Es difícil expresar con palabras el sentimiento de rabia e impotencia que provoca, en especial a personas que sienten la sanidad como vocación, ser testigos de la situación y las condiciones en las que vive esta persona.

A pesar de esto, hasta hace poco, nos sorprendía cada día con su sonrisa y su forma de ver la vida, dando abrazos y agradeciendo la labor realizada, que consistía en retirarles el líquido que se le acumulaba, con el siguiente material: un catéter 18G, un sistema de suero y una bolsa de orina. Demostrándonos una vez más, que, a pesar de la barrera del idioma, hay un lenguaje universal que todos podemos entender. Y esa es la imagen que todos nosotros recordaremos. Una luchadora con una sonrisa muy especial.

Por otro lado, el caso de una mujer de unos 70 años, que durante una de las clínicas móviles realizadas en Kangala (uno de los poblados más nómadas y cercanos a la montaña), se presentó con molestias en la mama derecha. Tras la exploración, se sospechó de un posible cáncer de mama y se la derivó al hospital de Lodwar, donde le realizaron una biopsia, de la que aún se espera el resultado, pero su estado se ha ido deteriorando hasta el punto de ser incapaz de levantarse sin ayuda, añadido a una importante infección de la herida de la biopsia con signos de sepsis que estamos tratando de curar con antibióticos y curas locales diarias, pero últimamente, ella misma se niega a tomar la medicación.

En ambos casos, sorprende positivamente la importancia que ambas pacientes dan a su familia, ya que durante este tiempo las hemos tenido con nosotros, pero cuando ellas mismas veían que sus fuerzas se iban agotando, lo único que nos pedían era poder volver a casa. Y creo que realmente lo necesitaban. Hace poco pudimos llevar a la segunda paciente con su familia y su gesto cambió por completo, esbozaba una pequeña sonrisa, lo que nos demuestra una vez más la importancia de la familia en la enfermedad, en cualquier parte del mundo. La necesidad de sentirnos acompañados en el sufrimiento.

Me gustaría terminar expresando que trabajar como enfermera en Turkana me ha cambiado tanto a nivel profesional como personal. Me llevaré a España muchas lecciones, entre las que destacaría la alegría y el cariño de los Turkana, a pesar de la situación tan injusta que viven, además de su generosidad y forma de vivir la vida, siempre ayudando al que lo necesita, de manera innata. Son un auténtico ejemplo.

Esto y mucho más me ha hecho ver la enfermería de una manera más humana, recalcándome la importancia de CUIDAR, en todos los sentidos de la palabra y con todo lo que ello implica, cuidar a la persona y a la familia, teniendo en cuenta todos los factores de ésta.

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**