



Vol. 16 - N°3. Agosto 2014

enfermería oncológica

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

WWW.SSEO.ORG



Sociedad Española de
Enfermería Oncológica



Bienvenido a la S.E.E.O.

Jueves, 31 de julio de 2014

NOTICIAS

La Universidad de Valencia, a la cabeza en detección precoz del cáncer de páncreas.

Bloquear el movimiento de las células impide que el tumor metastatice.

Hallan una posible Vía para combatir los cánceres de hígado y colon.

IV edición
BECA DE INVESTIGACIÓN
EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
PATROCINADA POR HOSPIRA

infórmate
Sociedad Española de
Enfermería Oncológica
Hospira

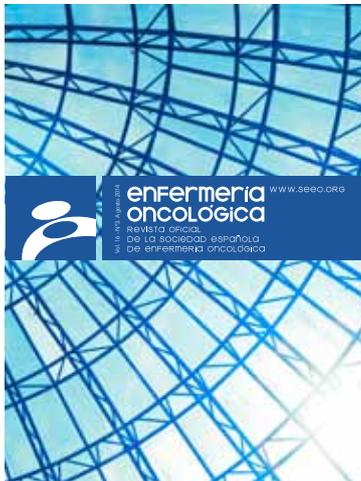
Manual de actividades SEEO

 [Consultar documento](#)

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica se constituye en Granada en marzo de 1985. Desde entonces, trabajamos por reunir a los profesionales del sector y mejorar en nuestro día a día compartiendo conocimientos. Esta Web pretende ser sitio de encuentro y un canal de comunicación vivo y actualizado.



www.seeo.org



Edita: Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Apartado de Correos 21059. 28080 Madrid. www.seeo.org/ info@seeo.org. Codirectoras: M^a Dolores Fernández Pérez, Ana M^a Mateo Cervera. Redactor Jefe: Francisco Javier Iruzubieta Barragan. Comité Editorial: Rosa Isabel Escamilla Pastor, Manuel Olivares Cobo, Concepción Reñones Crego, Carmen Vena Fernández, Paz Zabaleta Basurto, Antonio Zamundio Sánchez, Ana María Palacios Romero, Marta González Fernández-Conde, Daría Rubio López, M^a Rosario Moreno Carmona. Diseño y Maquetación: creativa. www.somoscreativos.com. Imprime: Gráficas Cano. ISSN: 1576-5520. Depósito Legal: V-1194-2010

Indexada en la base de datos de CIBERINDEX.

Se prohíbe la reproducción total o parcial, incluyendo fotocopias, grabaciones, etc., sin autorización expresa del editor. Las opiniones editoriales o científicas que se emitan con forma comprometen exclusivamente la responsabilidad del autor.

Si no eres socio y deseas recibir nuestra revista de enfermería oncológica, te informamos de nuestras TARIFAS:

- Número suelto: 18 € + 21% IVA más gastos de envío.
- Suscripción anual (4 números): 60 € + 21% IVA más gastos de envío.

sumario



EDITORIAL. **4** • ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL DE CABEZA Y CUELLO. **5** • LA SEEO ESTUVO EN... **11** • ANÁLISIS DE LOS BENEFICIOS DE LA RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TROCANTERITIS. UN ENFOQUE ENFERMERO. **12** • ENTREVISTA A GERARDO CAJARAVILLE ORDOÑANA. **16** • PROGRAMA DE APOYO EN EL PROCESO DE DUELO A CUIDADORES FAMILIARES DE NIÑOS FALLECIDOS POR CÁNCER: PRUEBA PILOTO. **19** • NUESTR@S COMPAÑER@S DE... **25** • PÍLDORAS COLECCIONABLES. **26** • BREVES. **27** • NOTICIAS DE EUROPA. **28** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **30** • FICHAS QUIMIOTERAPIA. **31** • AGENDA, CONGRESOS Y JORNADAS. **35** • A LA VANGUARDIA. **36** • ¿SABÍAS QUE...? **40** • RELATO. **45** • NORMAS DE PUBLICACIÓN. **47**



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**
www.seeo.org



Ana Mateo Cervera.

Editorial



Entre la solidaridad y el interés.

Días atrás nos sobresaltaban las noticias con una nueva epidemia de ébola, enfermedad muy contagiosa que se transmite entre humanos a través del contacto con órganos, sangre, secreciones u otros fluidos corporales:

- *“La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elevado a 729 muertos el balance de fallecidos por ébola en África, tras registrarse 57 nuevos decesos entre el 24 y el 27 de julio en Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona. El número total de personas contagiadas asciende ya a 1.323”.*
- *“Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos han recomendado evitar los viajes a Guinea, Liberia y Sierra Leona por el brote de ébola”.*

Se han producido repatriaciones de algunos occidentales que se encontraban en la zona infectados por el virus, lo que está generando pensamientos contradictorios en los países de origen de los enfermos trasladados.

Y seguidamente, la secuencia de noticias que todos teníamos en mente tras el anuncio de la epidemia:

“Los National Institutes of Health de Estados Unidos han anunciado que comenzarán a probar en septiembre una vacuna experimental contra el ébola en seres humanos. La agencia federal ha estado trabajando en la vacuna en los últimos años y ha asegurado que ha visto resultados positivos durante sus experimentos con primates”.

Muchas veces me pregunto, ¿si el cáncer fuese una enfermedad contagiosa estaríamos en la situación que estamos respecto a su evolución?. Las muertes en el mundo se suceden, más que el ébola en estos momentos, y aunque no se propaga, muchos autores la elevan a categoría de epidemia, la epidemia del siglo XXI.

Prevención, vacuna y cura para el ébola, la investigación ya está en marcha y con buenos resultados, noticia que tras la polémica nos deja un buen sabor de boca.

Ojalá llegue el día que nos asalten esas mismas noticias con la enfermedad que día tras día pasa por nuestras manos.

Para todos nuestros pacientes. ☺



Abordaje multidisciplinar de un paciente ONCOLÓGICO TERMINAL DE CABEZA Y CUELLO

Autores: Virginia Escaño Cardona.
Pablo Rebola González y María Deseada Caballero León.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA.
Málaga.

Contacto: Virginia Escaño Cardona.
vec82@hotmail.com

RESUMEN

Varón, que acudió a consulta de ORL por cuadro de disfagia, odinofagia y pérdida de peso. Se verificó cáncer laríngeo avanzado, programándose para *laringuectomía total con vaciamiento cervical bilateral*, implicando pérdida de voz, traqueotomía definitiva y sonda nasogástrica (SNG). En postoperatorio tardío se evidenció recidiva cervical; discutiéndose en Comité de Oncología de cabeza y cuello, se decidió tratamiento paliativo, por estar fuera del alcance del tratamiento curativo.

Se elaboró un Plan de Cuidados Individualizado (PCI), que recogía las actividades enfermeras, utilizando: valoración

14 Necesidades de Virginia Henderson, taxonomía diagnóstica NANDA, NOC, NIC y cuestionarios de valoración enfermera. En el entorno multidisciplinar, intervino la coordinación sociosanitaria, que comprendía aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Se realizó educación para la salud (EPS), intervino psiquiatría y la enfermería de enlace. Las intervenciones enfermeras estuvieron basadas en suplir necesidades básicas, controlar complicaciones, mejorar la comunicación, paliar el dolor e insomnio y evitar la infección, el temor a asfixia y la tensión emocional del paciente y su cuidador; detectándose: **Problemas Colaboración:** disnea, infec-

ción, riesgo de aspiración. **Diagnósticos Enfermería:** de autonomía (suplencia parcial para higiene y movilización y total para alimentación), de independencia (dolor, ansiedad, insomnio, baja autoestima situacional, manejo del régimen terapéutico, deterioro de la comunicación verbal, intolerancia a la actividad y riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador).

La aplicación de un PCI nos permitió eficiencia y resultados beneficiosos, centrándonos en la respuesta del paciente-familia a los problemas de salud.

Palabras clave: paciente paliativo, traqueostomía, NE, SNG, PCI, NANDA, NIC, NOC.

SUMMARY

Male, who consulted ENT for dysphagia, odynophagia and weight loss. Advanced laryngeal cancer was verified, and is programmed for total laryngectomy with bilateral neck dissection, involving loss of voice, definitive tracheostomy and nasogastric (NG). In late postoperative recurrence was evident cervical Committee discussion in head and neck oncology, palliative treatment is decided. Was developed Individualized Care Plan (ICP), which reflected the activities nurses, using: 14 rating requirements Virginia Henderson, diagnostic taxo-

nomy NANDA, NOC, and NIC nursing assessment questionnaires. In the multidisciplinary environment, intervened care coordination, which included physical, emotional, social and spiritual. We conducted health education (EPS), intervened psychiatry and liaison nursing. Nursing interventions were based on meeting basic needs, manage complications, improve communication, alleviate pain and insomnia and prevent infection, fear of suffocation and emotional stress of the patient and caregiver; we detected: Problems Collaboration: dyspnea, infection, risk of aspiration. Nursing Diag-

noses: autonomy (partial substitution hygiene and total aid to eat), independence (pain, anxiety, insomnia, low self esteem situational therapeutic regimen management, impaired verbal communication, activity intolerance and fatigue risk in the caregiver role performance). Applying a PCI efficiency and enabled us beneficial results, focusing on the patient's response - family to the health problems.

Key words: palliative patient, tracheostomy, NE, SNG, PCI, NANDA, NIC, NOC.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), define los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal, conseguir la mejor calidad de vida posible para el paciente y sus familias. En este sentido se definen los objetivos de los cuidados paliativos basados en los principios éticos de la práctica médica, curar, aliviar y consolar. Los enfermos terminales requieren por tanto, unos cuidados continuos e intensos, aplicados en un entorno multidisciplinar, comprendiendo aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales¹. La O.M.S. declara que los objetivos de los Cuidados Paliativos son:

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

Estos objetivos se llegarán a conseguir siempre que se actúe con: una comunicación eficaz, control de síntomas y apoyo a la familia.

El cáncer de laringe es el sexto más frecuente en el sexo masculino. El tratamiento tradicional ha sido el quirúrgico. En la actualidad, existen técnicas quirúrgicas que respetan el órgano del aparato respiratorio y fonador y sus funciones². En la *Laringectomía total*, se precisa extirpar toda la laringe, requiriendo *traqueostomía definitiva y pérdida fonatoria*³.

Los pacientes traqueostomizados, presentan alteraciones en su grado de comodidad y nivel de autoestima, que afectan a su calidad de vida, ya que tienen dificultades de fonación, deglución, respiración, comunicación y alteración de su imagen corporal por la deformidad del cuello. Para suplir su necesidad de nutrición se emplea la colocación de SNG como herramienta de tratamiento, para proporcionarles un correcto aporte calórico-nutricional y evitar el riesgo de aspiraciones⁴.

En este caso clínico que exponemos, las intervenciones de enfermería estarán basadas en suplir completamente sus necesidades básicas, para después según evoluciona su proceso, modificar su plan de cuidados. El personal sanitario aportó asistencia individualizada, minimizando estrés y aumentando la comodidad del paciente con el entorno que le rodeaba. Los familiares participa-

ron en el proceso de recuperación del estado de salud del usuario.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Varón, 66 años, jubilado, casado, que acudió a consulta externa de ORL por presentar cuadro de disfagia (mayor a sólidos), odinofagia y pérdida de peso de 6 meses de evolución. No refirió otros síntomas otorrinolaringológicos. No diabetes, no hipertensión arterial, exfumador, no hábitos tóxicos.

Exploración: la laringoscopia directa mostró carcinoma laríngeo. En la exploración cervical se palparon adenopatías.

Pruebas de imagen: el TAC Cervical mostró cáncer laríngeo avanzado, con invasión de supraglotis, glotis y subglotis y adenopatías cervicales.

El paciente se programó para *laringectomía total* bajo anestesia general, ingresando en la unidad de hospitalización de forma programada.

A su ingreso, consciente, orientado y colaborador. Dado que se trataba de un paciente mayor y con dificultades deglutorias se dio una dieta pasada, a base de caldos, purés, yogures... utilizando espesantes. Se realizó valoración del estado nutricional, mediante: valoración del índice de masa corporal, medición

de pliegues (bicipital, tricípital...), pérdida de peso, analítica (albúmina, prealbúmina, linfocitos, colesterol total).

La cirugía se realizó sin incidencias a reseñar. Al paciente se le hizo traqueotomía y colocación de SNG. La alimentación se realizó por SNG con NE en batidos hiperproteicos 1500 ml. cada 24 horas, con bomba de administración continua, complementada con líquidos (zumos, caldos...).

En el postoperatorio tardío se evidenció recidiva cervical que crecía rápidamente, por lo que nuevamente se discutió en Comité de Oncología de cabeza y cuello y se decidió sólo tratamiento paliativo, por encontrarse fuera del alcance del tratamiento curativo.

La buena evolución del paciente, hizo que se diera de alta a la semana.

En el contexto del tratamiento paliativo, intervino la coordinación sociosanitaria; es tratado por psiquiatría por la ansiedad, se administró la NE en domicilio, previa EPS y previa organización por el enfermero de enlace con el centro de salud de su zona básica. Se prescribió tratamiento analgésico, ansiolítico e hipnótico.

El paciente fallece tras un mes con relativa paz y rodeado de su familia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Valoración inicial, fase diagnóstica y fase de planificación

La valoración del paciente se hizo según el modelo de Virginia Henderson, se usó taxonomía NANDA, NIC, NOC para la realización del Plan de Cuidados^{5,6,7}. Los datos fueron recogidos de la historia clínica y a través de entrevista personal con paciente y familia.

Necesidad de Respiración: portaba cánula tipo Shiley®. Respiración superficial y disnea leve, agravada por ansiedad y precisando oxigenoterapia. Secreciones no expulsadas correctamente. Requería estimulación de tos productiva

y aspiración de secreciones. Saturación₂ 97%.

Necesidad de Alimentación-Hidratación: portaba SNG para NE. El perfil analítico nutricional indicaba desnutrición calórica-proteica. Apetito escaso.

Necesidad de Eliminación: en casa era independiente. Tras la intervención, proporción de botella para orinar. Coloración de piel y mucosas normales. No edemas.

Necesidad de Actividad-Movilidad-Reposo: dependencia parcial/moderada por la restricción de esfuerzos. Precisa ayuda para ir al baño y realizar la higiene. Dificultad para conciliar el sueño por desadaptación al entorno y abundantes secreciones. Riesgo mínimo de úlceras por presión (UPP).

Necesidad de Comunicación: no era posible la comunicación oral por la pérdida de voz.

Necesidad de Percepción-Cognición-Desarrollo: consciente, orientado y colaborador. El paciente y familiar necesitaban apoyo para procesar información y comprender datos.

Necesidad de Estado Emocional: ansioso, preocupado por cambios de su estado de salud, evolución de enfermedad y posible impacto en su estilo de vida. Miedo a procedimientos.

Necesidad de Relación: buen soporte familiar; la esposa permanecía continuamente con él; dos hijos.

Necesidad de Seguridad: vigilancia nocturna por riesgo de caídas. Portaba SNG y cánula Shiley® que posteriormente fue cambiada a cánula de plata n°6.

Necesidad de Cuidados de la Salud: el paciente y familia no tenían conocimientos suficientes para llevar a cabo los cuidados derivados. Presentaban buena disposición para mejorar conocimientos sobre el manejo de enfermedad y control de síntomas.

Se realizó Índice de Barthel⁸, que valora el nivel de dependencia respecto a algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con una puntuación de 65, indicando dependencia moderada.

Se aplicó la Escala de Norton⁹, con resultado 18, con riesgo mínimo de UPP.

Se realizó test de Pfeiffer¹⁰, dando como resultado 2 errores sin deterioro cognitivo.

Se realizó a la esposa el cuestionario para valorar el índice de esfuerzo del cuidador¹¹, obteniendo 8, reflejando nivel elevado de esfuerzo.

Durante el proceso presentó:

Problemas de colaboración o de interdependencia:

Disnea secundaria a su enfermedad y/o obstrucción de la vía aérea.

Intervenciones:

- Control y seguimiento respiratorio:
 - Observar fatiga muscular diafragmática; vigilando frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de respiraciones.
 - Controlar cantidad y tipo de expectoración.
 - Controlar necesidad de aspirar secreciones.
- Ayuda a la ventilación:
 - Colocarle en posición Fowler 90° para disminuir la disnea.
 - Fomentar respiración lenta y profunda y ejercicios de fisioterapia respiratoria.
 - Eliminar secreciones fomentando la tos.
 - Administración de medicación pautada.
- Oxigenoterapia:
 - Comprobar el dispositivo de aporte de oxígeno.
 - Observar la ansiedad.

Complicaciones potenciales:

Infección secundaria a procedimientos invasivos.

Intervenciones: cuidados de traqueostoma según protocolo del Hospital¹².

Riesgo de aspiración.

Intervenciones: etapas de la dieta: fijar SNG y observar tolerancia.

Diagnósticos enfermeros:

• *De autonomía:*

- Higiene y cuidado de piel, mucosas: suplencia parcial.
- Vestido/arreglo personal: suplencia parcial.
- Eliminación fecal y urinaria: suplencia parcial.
- Movilización y mantenimiento de una buena postura: suplencia parcial.
- Alimentación: suplencia total.

• *De independencia:*

Dde: Dolor crónico (NANDA)

- Relacionado con (R/C): incapacidad física o psicosocial crónica.
- Manifestado por (M/P): informes verbales o codificados. Cambios en el patrón de sueño. Temor a nuevas lesiones. Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas.
- Criterio de resultado (NOC): control del dolor, nivel de comodidad.
- Intervenciones (NIC):
Manejo del dolor.
Administración de analgésicos.

Dde: Ansiedad ante la muerte (NANDA)

- R/C: su estado de salud, amenaza de muerte, estrés.
- M/P: expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. Insomnio.
- NOC: control de la ansiedad, control del miedo.
- NIC:
Disminución de la ansiedad.
Apoyo emocional.
Escucha activa.

Dde: Insomnio (NANDA)

- R/C: patrón de actividad, ansiedad, factores ambientales, malestar físico, dolor.
- M/P: informes de dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o sueño poco reparador.
- NOC: sueño.
- NIC:

- Fomentar el sueño:
Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
Observar/registrar el esquema y el número de horas de sueño del paciente.
Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.
Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
Manejo ambiental: confort.
Manejo del dolor.

Dde: Baja autoestima situacional (NANDA)

- R/C: alteración de su imagen corporal, deterioro funcional, cambios de rol.
- M/P: expresiones de desesperanza o inutilidad.
- NOC: autoestima, imagen corporal, adaptación psicosocial.
- NIC:
Potenciación de la autoestima.
Potenciación de la imagen corporal.
Aumentar el afrontamiento.
Potenciación de roles.

Dde: Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico (NANDA)

- R/C: conductas de fomento de su salud.
- M/P: elecciones de vida diaria apropiadas para objetivos de prevención y tratamiento, manifiesta deseos de manejar el tratamiento.
- NOC: conocimiento: control de la enfermedad.
- NIC:
Enseñanza del proceso de enfermedad.
Enseñanza de dieta prescrita.
Enseñanza de medicamentos prescritos.
Apoyo a la familia:
Favorecer relación de confianza con la familia.
Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipos necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados.
Aumentar los sistemas de apoyo:
Determinar el apoyo económico.
Contactar con la enfermera gestora de casos.

Dde: Deterioro de la comunicación verbal (NANDA)

- R/C: falta de mecanismos alternativos de comunicación y alteración anatómica.
- M/P: por dificultad para expresar verbalmente pensamientos, emociones, sentimientos y relacionado con la falta de habilidades comunicativas para interactuar con otras personas significativas.
- NOC: comunicación.
- NIC:
Escucha activa:
 - Mostrar interés.
 - Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.Mejora de la comunicación. Déficit del habla:
 - Instruir al paciente y familia sobre dispositivos de ayuda.
 - Proporcionar refuerzos positivos.
 - Utilizar ayuda de la familia.Apoyo a la familia:
 - Favorecer relación de confianza con la esposa.
 - Ayudar a la esposa a adquirir el conocimiento, técnica, equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados.
 - Explicar cuando debe avisar por signos de alarma relacionados con la cánula.

Dde: Intolerancia a la actividad (NANDA)

- R/C: reposo en cama, desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.
- M/P: malestar o disnea, informes de fatiga o debilidad.
- Criterio de resultado (NOC): tolerancia a la actividad, conservación de la energía.
- Intervenciones (NIC):
Terapia de ejercicios:
 - Animarle a sentarse en cama/sillón según tolere.
 - Instruir al paciente/cuidador acerca de técnicas de traslado y ambulancia seguras.Manejo de la energía:
 - Determinar limitaciones físicas.
 - Vigilar respuesta respiratoria a la actividad.



- Instruir al paciente y la esposa a reconocer signos y síntomas de fatiga para disminuir la actividad.
- Ayudar a actividades físicas normales: deambulación, cuidados personales.

Dde: Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA)

- R/C: miembro de la familia con necesidades de cuidados en domicilio, cuidados complejos, duración de la necesidad de los cuidados, falta de descanso del cuidador.
- NOC: bienestar del/de la cuidador/a familiar, preparación de el/la cuidador/a familiar a domicilio.
- NIC:
 - Apoyo al/a la cuidador/a principal.
 - Apoyo a la familia.
 - Aumentar los sistemas de apoyo.

RESULTADOS:

Durante su proceso el paciente precisaba oxigenoterapia, aspiración de secreciones y vigilancia de obstrucción de vía aérea. En varias ocasiones presentó tapones de mocos por secreciones espesas. La esposa lo acompañaba y era

visitado por sus hijos de forma regular. Se trabajó con la familia para que aprendieran los cuidados al alta del paciente, especialmente alimentación, cuidados de la traqueostomía y cambio de cánula. El afrontamiento inefectivo mejoró con la aparición de signos de independencia. Dada la buena evolución del paciente, se acordó con la familia la posibilidad de alta a domicilio, para evitar el ingreso prolongado en el hospital. El paciente fue dado de alta a la semana, administrándose la NE en domicilio, previa EPS y previa organización por el enfermero de enlace (que trabajó con enfermería de la unidad durante el ingreso) con el centro de salud de su zona básica. También se emitió al alta informe de Continuidad de Cuidados e informe nutricional. Estuvo presente la coordinación sociosanitaria, en un entorno multidisciplinar que comprendía aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. El paciente fallece tras un mes con relativa paz y rodeado de su familia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Al paciente oncológico terminal de cabeza y cuello se le agrega, además

del sufrimiento propio de su cáncer, los efectos estéticos y funcionales propios del tratamiento y del crecimiento tumoral; como son la dificultad de comunicación por la pérdida de voz, la dificultad respiratoria, los problemas de deglución, además de la deformidad del cuello por el aumento del volumen cervical. Tratar a un paciente con cáncer terminal de cabeza y cuello plantea una serie de problemas en el ámbito de la filosofía, antropología y ética.

Desnutrición, obstrucción de vías aéreas, infección y riesgo de aspiración, son complicaciones potenciales en pacientes traqueostomizados. La aplicación de un PCI, nos permite máxima eficiencia y obtención de resultados beneficiosos. El proceso enfermero debe centrarse en la respuesta del paciente-familia a los problemas de salud. Hablar con la familia, prestarle atención, animarles a que participen en la recuperación del paciente, ayudarles a encontrar respuestas, aclarar dudas, enseñarles y apoyarles psicológicamente... forman parte de la planificación del PCI, para ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente, minimizar

el efecto de las secuelas y proporcionarle un mayor confort con su entorno y una mayor adaptación al proceso de enfermedad.

Explicar al paciente que debe estar en posición Fowler 90° para una aper-

tura completa de la vía aérea, mayor expansión torácica y menor esfuerzo al respirar; dar apoyo psicológico para que acepte su cambio de imagen; EPS para que realice el mismo su cambio de cánula y cuidados del estoma; controlar constantes y realizar fisioterapia respi-

ratoria para drenar las secreciones que se forman en el tracto respiratorio... son algunas de las actuaciones del personal de enfermería¹³. ➔

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), España (Internet), (consultado el 5/08/2013). Disponible: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf.
2. Dr. Javier Máiz, "Cáncer de Laringe", España (Internet). Barcelona: Centro Médico Teknon, 2012 (consultado el 13/03/2012). Disponible: <http://www.teknon.es/web/maiz/cancer-de-cabeza-y-cuello/cancer-de-laringe>
3. Asociación Española Contra el Cáncer (aecc), España (Internet), (consultado el 5/08/2013). Disponible: <http://www.aecc.es>.
4. Marcela Arranzola Saníger. Nutrición Humana y Dietoterapia. Cuarta Edición, Jaen. Formación continuada Logoss S.L, 2006.
5. Nanda. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones. Elsevier. 2007-2008.
6. Joanne McCloskey Dochterman, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC). Elsevier. 2003.
7. Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. 2003.
8. Índice de Barthel, España (Internet). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía: Cuestionarios, test e índices de valoración (consultado el 13/3/2012). Disponible: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_AutoAVD_Barthel.pdf.
9. Escala de Norton, España (Internet). Wikipedia (Consultado el 13/3/2012). Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Norton.
10. Test de Pfeiffer, España (Internet). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía: Cuestionarios, test e índices de valoración (consultado el 13/3/2012). Disponible: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6_DetCognitivo_Pfeiffer.pdf.
11. Índice de esfuerzo del cuidador, España (Internet). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía: Cuestionarios, test e índices de valoración (consultado el 13/3/2012). Disponible: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8_EsfuerzoCuidador_ICs.pdf.
12. Manual de Protocolos y Procedimientos de Enfermería, Hospital Universitario "Virgen de la Victoria". Dirección de Enfermería. 2000.
13. Montserrat Prado Rodríguez-Barbero, "Cuidados de Enfermería en la Traqueostomía", España (Internet). Santa Cruz de Tenerife: Revista "Tú Cuidas"; 2008 (consultado el 13/03/2012). Disponible: <http://tucuidas.laenfermeria.es/archives/746>.



Las Jornadas de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica DE TOLEDO

La SEEO estuvo en...



Este año las Jornadas de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica han tenido lugar en Toledo los días 8 y 9 de Mayo y el lema ha sido **“Calidad, el camino hacia la excelencia”**. Teniendo en cuenta las circunstancias actuales nos sentimos orgullosos de tener casi 300 asistentes, la presentación de unos 100 pósters y aproximadamente 25 comunicaciones ya que era imposible dar cabida a más por falta de tiempo.

La conferencia inaugural a cargo de D. Juan Antonio Madrid Pérez, Catedrático de Fisiología de la Universidad de Murcia nos aportó una amena charla sobre un tema innovador y muy interesante como es la Cronobiología y su influencia en nuestra propia fisiología y por tanto en los cuidados, cronoterapia. Nos

habló de la cronodisrupción y su influencia en diversas enfermedades entre las que se incluye el cáncer. Ésto ha hecho que se investiguen las diferentes quimioterapias según los ritmos del paciente (cronotolerancia) o los del propio tumor (cronoeficacia).

Las mesas plenarios abarcaron temas como los cuidados integrales como sinónimo de calidad, la personalización de cuidados en las áreas de oncología, y los conflictos en las decisiones al final del proceso con ponentes cualificados expertos en estas materias.

No podemos olvidarnos de los talleres patrocinados por los laboratorios farmacéuticos como “Manejo de las complicaciones cutáneas en el tratamiento oncológico” a cargo de La Roche-Posay

y el de “Calidad de vida en el paciente oncológico. Rol de enfermería en el control de la emésis” patrocinado por Merck MSD.

Hospira también ha patrocinado los premios a las dos mejores comunicaciones y al mejor póster, los cuales podéis ver en la página web de la SEEO, así como el premio al mejor artículo de la revista del año 2013.

Esperamos que vuestra confianza y nuestra ilusión hayan conseguido unas jornadas de interés para todos, y que cuando tengáis la revista en vuestro poder podamos anunciaros la sede del próximo congreso en nuestra página web.

¡¡Hasta pronto!! 🚗



Análisis de los beneficios de la **RADIOTERAPIA** en el tratamiento de la **TROCANTERITIS** Un enfoque enfermero

Autores: Alba Huguet Oranias
Irene Carruesco Crespo
Anna Rodríguez García
Jordi Solà Vila

Enfermería sala de tratamientos de radioterapia
Servicio de Oncológica Radioterápica. Hospital Clínic de Barcelona

Contacto: Alba Huguet
mhuguet@clinic.ub.es

RESUMEN

Introducción: La trocanteritis constituye una patología inflamatoria de las estructuras peri articulares de la cadera relativamente frecuente. El tratamiento con infiltración local y/o rehabilitación, asociado a tratamiento analgésico o antiinflamatorio, suele ser eficaz en la mayoría de los casos. Sin embargo, algunos pacientes presentan episodios recidivantes con escasa respuesta terapéutica. Considerar la posibilidad de que la radioterapia pueda ser otra opción de tratamiento, es el motivo de la realización de este estudio.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la radioterapia administrada a bajas dosis para el tratamiento de la trocanteritis recidivante.

Material y método: Estudio descriptivo prospectivo. De 2011 a 2013. Muestra total de 53 pacientes tratados con radioterapia por una trocanteritis sin respuesta a la terapia convencional en el Hospital Clínic de Barcelona.

Resultados: La edad media fue de 67 años (rango 40-89), el 90.6% eran mujeres. La mejoría de los síntomas se observó a los 3-4 meses de finalizar el tratamiento. Se produjo un descenso

del EVA de 3.45 puntos de media. Un 79.2% de pacientes que recibió la dosis total de 10Gy obtuvieron una respuesta satisfactoria.

Conclusiones: El tratamiento con radioterapia a baja dosis puede ser una alternativa terapéutica en pacientes con trocanteritis recidivante.

Palabras claves: Trocanteritis, enfermería, radioterapia, baja dosis, Gy, analgesia, movilidad, dolor.

ABSTRACT

Introduction: Trochanteritis is an inflammatory condition which often occurs on the hip's peri-articular structures. An effective treatment for this condition is to apply local infiltration treatment with or without the use of related analgesic or anti-inflammatory rehabilitation. However, some patients present recurrent episodes with poor therapeutic response. The aim of the present study is to propose radiotherapy as an option for treatment of the trochanteritis.

Objectives: To evaluate the effectiveness of low-dose radiation therapy for the treatment of recurrent trochanteritis. **Method:** A prospective descriptive study between 2011 and 2013 shows an overall sample of 53 patients affected by trochanteritis whom were unresponsive to conventional therapy were further treated with radiotherapy in the Hospital Clínic de Barcelona.

Results: The mean age was 67 years (40 to 89 age range). 90.6% were female. The improvement in symptoms was

observed within 3-4 months of stopping treatment. There was a decrease of EVA by an average of 3.45 points. 79.2% of patients who received a total dose of 10Gy obtained a satisfactory answer.

Conclusions: Treatment with low-dose radiation therapy may be a therapeutic alternative in patients with recurrent trochanteritis.

Key words: Trochanteritis, nursing, radiation therapy, low dose, Gy, analgesia, mobility, pain.

INTRODUCCIÓN

La bursitis trocantérea, o trocanteritis, es la causa más frecuente de dolor procedente de las estructuras peri articulares de la cadera. A menudo pasa inadvertida, siendo diagnosticada como coxalgia inespecífica fundamentalmente en pacientes mayores afectados de coxartrosis, o como irradiación radicular.

La trocanteritis como tal, es la inflamación de las bursas serosas que se sitúan en la extremidad proximal del fémur. Los pacientes suelen quejarse de dolor de cadera lateral, aunque la articulación de la cadera en si no está involucrada. El dolor puede irradiar a la parte lateral del muslo. Debido a que dichas bursas están rellenas de líquido sinovial, están expuestas a todos aquellos procesos de índole inflamatoria, que afectan a la cadera, como, por ejemplo, la artritis reumatoide. Sin embargo, la mayoría de las trocanteritis están causadas por micro traumatismos de repetición¹.

Es un proceso que puede afectar a ambos sexos y a todas las edades, pero los pacientes son mayoritariamente mujeres, con un cierto grado de obesidad, en relación 4:1 y encontrarse entre los 40 y los 60 años de edad.

El tratamiento de la bursitis trocantérea generalmente comienza con medidas sencillas como son la reducción de sus actividades o cambiar el modo en que

las hacen, combinado esto con fisioterapia y un breve tratamiento de anti-inflamatorios. Si no cede se va aumentando la analgesia hasta llegar al tratamiento con opiáceos. Un porcentaje elevado de estos pacientes para controlar los síntomas realizan infiltraciones locales de corticoides. La inyección probablemente no cura el problema. Sin embargo, puede controlar los síntomas durante meses. Se ha observado que un número reducido de pacientes son refractarios a las terapias convencionales⁴.

Debido a la importancia que tiene disponer de otra opción terapéutica para este tipo de pacientes, las enfermeras de la sala de tratamientos del servicio de Oncología-Radioterápica del Hospital Clínic de Barcelona, observaron un aumento del número de pacientes a tratar con esta patología y se propuso la realización del estudio. Se contactó con el servicio de reumatología y la clínica del tratamiento del dolor para valorar la derivación y tratamiento antiálgico con radioterapia a bajas dosis a pacientes sin respuesta a terapia convencional.

Objetivos

- **Objetivo general:** Evaluar la eficacia de la radioterapia administrada a bajas dosis para el tratamiento de la trocanteritis recidivante.
- **Objetivos específicos:**
 - Disminuir el dolor.
 - Mejorar la movilidad.

- Reducir el uso de analgesia.

MATERIAL Y MÉTODO

De Noviembre de 2011 a Diciembre de 2013 se desarrolló un estudio descriptivo de forma prospectiva, con una muestra de 53 pacientes, realizado por las enfermeras de la sala de tratamientos de radioterapia del Hospital Clínic de Barcelona. Se incluyeron pacientes tratados con radioterapia por una trocanteritis recidivante sin respuesta a terapia convencional, remitidos por el servicio de reumatología y la clínica del tratamiento del dolor de nuestro hospital.

En todos ellos se analizó:

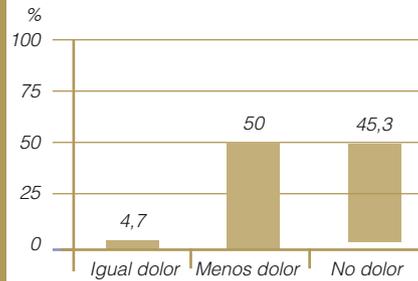
- **Co morbilidades:** Un 30.2% de los pacientes presentaban osteoporosis, un 18.9% obesidad, un 9.4% fibromialgia, un 37.7% lumbalgia y un 30.2% poli artrosis. Diagnósticos considerados favorecedores de la aparición de la trocanteritis (*tabla 1*).
- **Tratamientos previos recibidos:** Todos los pacientes (excepto 4) habían recibido tratamiento con analgesia y/o AINEs. Según la Escala analgésica de la OMS un 47.2% de ellos presentaban un dolor severo en tratamiento con opioides. Un 41% había realizado algún tipo de rehabilitación. En cuanto a tratamientos considerados intervencionistas, un 58.5% se había sometido a infiltraciones locales. Solamente 4 pacientes recibieron tratamiento con Bifosfonatos (*tabla 2*).

Mujeres/Hombres (n)	48/5
Edad (años)	68+8 (40-89)
Co morbilidades (%)	
• Osteoporosis	30,2
• Obesidad	18,9
• Lumbalgia	37,7
• Poliatrosis	30,2
• Fibromialgia	9,4

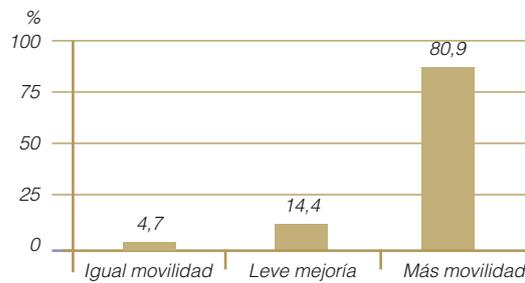
Tabla 1. Características basales de los pacientes incluidos.

Analgesia (%)	
• No	7,5
• Escala 1	13,2
• Escala 2	32,1
• Escala 3	47,2
Rehabilitación (%)	41
Infiltraciones locales (%)	58

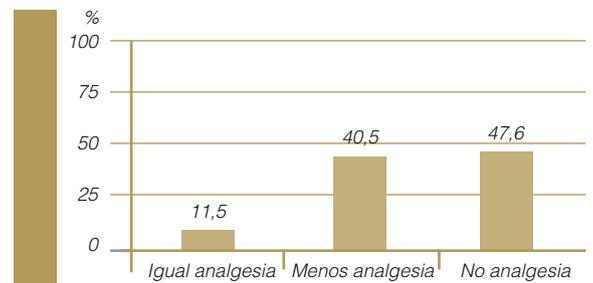
Tabla 2. Tratamientos previos recibidos para la trocanteritis.



Gráfica 1. Apreciación del grado de mejora del dolor post tratamiento.



Gráfica 2. Evaluación del grado de mejoría de la movilidad post tratamiento.



Gráfica 3. Valoración del uso de la analgesia post tratamiento.

- **Esquema de radioterapia recibido:** 1Gy/sesión, hasta un total de 10Gy.
- **Localización de la patología:** Un 41.6% de los pacientes presentaban trocanteritis izquierda y un 20.7% era bilateral.
- **La irradiación del dolor:** Observamos que el dolor se presentaba en tres localizaciones: un 64.2% estaba delimitado en la zona del trocánter, un 17% se irradiaba desde la cara anterior del muslo hasta la rodilla y un 18.9% desde la cara anterior del muslo hasta el tobillo.
- **Respuesta clínica:** Mediante escala visual analógica (EVA) y valoración global del paciente.

Para el análisis de datos se diseñó una base de datos y se incluyeron variables

cualitativas nominales: sexo, edad, co morbilidades, localizaciones, tratamientos previos realizados. Variables cuantitativas: escala visual analógica (EVA) pre y post tratamiento. Variables ordinales para evaluar con un cierto nivel de subjetividad post tratamiento: la movilidad, el dolor y el uso de analgesia.

La técnica estadística utilizada fue la descriptiva. Para el procesado de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.

RESULTADOS

De los pacientes incluidos en el estudio un 90.6% fueron mujeres. La edad estuvo comprendida entre 40 y 89 años siendo la mediana de 67 años. Con res-

pecto a la valoración del dolor antes de realizar el tratamiento de radioterapia un 54.8% de los pacientes presentaban un EVA igual o superior a 8.

Se realizó un seguimiento al mes, a los 3-4 meses y a los 6 meses, donde se evaluó: la movilidad, el dolor y el uso de analgesia. Comprobamos que la mejoría se producía entre los 3-4 meses de finalizar el tratamiento. No se observaron efectos secundarios. Al valorar el dolor post tratamiento encontramos que un 42.7% de los pacientes tratados refería un EVA igual o inferior a 4. Se produjo un descenso del EVA de una media de 3.45 puntos.

Un 79.2% de pacientes que recibió la dosis total de 10Gy obtuvieron una res-

puesta satisfactoria, 11 de ellos precisaron de una re irradiación para conseguir los mismos resultados. Se analizó la relación entre la dosis recibida y la localización que debíamos tratar y se comprobó que las personas que precisaban un segundo tratamiento lo recibían en localizaciones unilaterales. El intervalo entre las irradiaciones fue de 5-6 meses.

Un 80.9% de los pacientes presentaba más movilidad (*gráfica 1*). Se observó que un 50% presentaba menos dolor y un 45.3% no tenía (*gráfica 2*). Este dato fue muy valorado por el paciente porque la ausencia o disminución del dolor le reportaba directamente una mejora en su descanso. Hemos visto que un 40.5% de éstos, disminuye la analgesia y un 47.6% no la precisa (*gráfica 3*).

Estos datos indican que tras la realización del tratamiento con radioterapia, el paciente refirió importante mejoría y con ello, manifiesta que su calidad de vida mejora.

DISCUSIÓN

Con el objetivo de conocer la evidencia científica respecto al tema de la eficacia de la radioterapia en el tratamiento de la trocanteritis, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de

ámbito internacional: PubMed, cuyas palabras clave fueron: radioterapia, trocanteritis. No se obtuvo ningún resultado para poder contrastar con este estudio.

La radioterapia analgésica es una opción eficaz que probablemente no debe ser la última opción en pacientes refractarios a otros tratamientos.

Otro tema de discusión es la dosis que hay que administrar para maximizar los efectos antiinflamatorios y minimizar la toxicidad^{2,8}.

En Alemania desde 1999 existe un grupo de trabajo de radioterapia (The German Working Group on Radiotherapy of Benign Diseases) dedicado a estudiar los efectos de ésta en las patologías benignas³. Algunos de los protocolos recomiendan dosis entre 0.3-1.5Gy/ sesión, 1-3 sesiones por semana en procesos crónicos hasta un total de 12Gy. En caso que no hubiera respuesta, proponen repetir el esquema⁷.

Estos estudios son necesarios para poder determinar la dosis de tratamiento más eficaz y establecer el papel de la radioterapia a baja dosis en el uso terapéutico de las afecciones inflamatorias^{5,6}.

CONCLUSIÓN

En función de los resultados obtenidos en pacientes con trocanteritis recidivante que presentan una respuesta inadecuada a la terapia convencional, el tratamiento con radioterapia a baja dosis puede ser una alternativa terapéutica a tener en cuenta.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Biete, Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona.

A la Dra. Valduvico, médico adjunto del Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínic de Barcelona.

A la Sra. Montserrat Valverde, Jefa de Enfermería del Instituto de Enfermedades Hemato-Oncológicas. Hospital Clínic de Barcelona. 

BIBLIOGRAFÍA

1. A. González Duque, C. de Jose Reina, J. Vaquero Martín. Bursitis trocantérea. Medifam v.13 n.1 Madrid.ene.2003.
2. M. Arenas, S. Sabater, V. Hernández, A. Rovirosa, P. C. Lara, A. Biete, J. Panes. Anti-inflammatory effects of low-dose radiotherapy. Strhlenther Onkol. DOI 10.1007/s00066-012-0170-8 Germany.2012.
3. Oliver Micke, M. D., M. Heinrich Seegenschmiedt and the German Working Group on Radiotherapy of Benign Diseases. Consensus guidelines for radiation therapy of benign diseases: a multicen-

- ter approach in Germany. Elsevier. Int.J. Radiation Oncology Biol.Phys., Vol. 52,Nº 2, pp 496-513, 2002.
4. Lustenberger D. P., Ng VY, Best T. M., Ellis T. J. Efficacy of treatment of trochanteric bursitis: a systematic review. Clin Jsport Med. 2011 Sep; 21(5): 447-53. Ohio, USA.
5. F. Rodel, L. Keilholz, M. Herrmann, R. Sauer, & G. Hildebrandt. Radiobiological mechanisms in inflammatory diseases of low-doses radiation therapy. Int.J.Radiat. Biol., Vol 83, Nº 6, June 2007,pp,357-366.
6. Joiner M. C, Marples B., Lambin P., Short S. C., Turesson I. Low-dose hyper-

- sensitivity: Current status and possible mechanisms. Internacional Journal of Radiation Oncology Biology Physics 49: 379-389. 2001.
7. Kracht M., Sakkaltavala J. Transcriptional and post-transcriptional control of gene expression in inflammation. Cytokine 20:91 -106. 2002.
8. Hildebrandt G. Seed M. P., Freemande C. N., Alan C. A., Colville-Nash P. R., Trott K. R. Mechanisms of the antiinflammatory activity of low-dose radiation therapy. Internacional Journal of Radiation Biology 74:367-378. 1998b.



Entrevista a...

GERARDO CAJARAVILLE ORDOÑANA

Paz Zabaleta

Jefe del Servicio de Farmacia y Director de Calidad y Sistemas de Información de Fundación Onkologikoa Fundazioa.

¿Cómo surge el interés por la oncología dentro de la farmacia hospitalaria?

Creo que el punto de partida hay que situarlo hace 2 ó 3 décadas, cuando se comunicó que la exposición continuada a bajos niveles de citostáticos por parte de las enfermeras que manipulaban citostáticos podía suponer un riesgo ocupacional para ellas. En aquella época se llegó a la conclusión de que era necesario implantar medidas de pro-

tección que incluían equipamiento (cabinas biológicas de seguridad), técnicas específicas, material de protección, etc. Ésto exigía centralizar la preparación en un área única en los hospitales y se eligió los servicios de farmacia. Sin embargo, pronto comprendimos que no sólo había que prestar atención a la seguridad del personal sino también a la del paciente. Como es sabido la quimioterapia presenta un margen terapéutico muy estrecho. Ésto significa que la diferencia entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica es muy pequeña, y por tanto cualquier pequeño error puede tener consecuencias fatales para el paciente. A su vez, el

proceso de la quimioterapia es tan complejo que cometer errores es muy fácil. Por lo tanto esta combinación de complejidad y margen terapéutico estrecho convierten la quimioterapia en un grupo terapéutico de alto riesgo en el que es relativamente frecuente, por desgracia, cometer errores. Todos los que trabajamos en oncología hemos experimentado experiencias de este tipo en mayor o menor medida.

¿Cómo ha evolucionado en los últimos años?

La oncología se desarrollaba rápidamente en los hospitales y la carga de

trabajo de los farmacéuticos que nos dedicábamos a oncología lo hacía paralelamente. Llegó un momento en la que nos ocupaba toda la jornada laboral y no podíamos dedicarnos a otra cosa. Por otra parte las necesidades de formación eran inmensas, como lo son las necesidades de los pacientes con cáncer. Esta formación requería además una actualización continua porque la evolución de los conocimientos en este campo es exponencial. Creo que con la enfermería oncológica ha ocurrido algo parecido.

Para nuestro colectivo fue decisiva la creación del grupo español para el desarrollo de la Farmacia Oncológica (GEDEFO), que data de la década de los 90, y que aglutina a los farmacéuticos de hospital que nos dedicamos a oncología. Este grupo, que actualmente está integrado como un grupo de trabajo en la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, es un foro ideal para poner en marcha actividades de formación, investigación cooperativa e intercambio de experiencias y conocimientos.

Durante estos años se han puesto en marcha ininidad de iniciativas de formación, se han realizado decenas de publicaciones, etc. Entre los programas de formación hay que destacar el que nos permite acceder al BCOP (certificación en farmacia oncológica expedido por el board de especialidades de Estados Unidos) al que se accede tras acreditar una experiencia mínima de 3 años en Oncología y que requiere superar un exigente examen que se celebra una sola vez al año a nivel mundial. España es, tras Estados Unidos, el segundo país del mundo en farmacéuticos certificados, con más de 120 personas acreditadas, muy por encima de otros países tales como Inglaterra, Canadá, Australia, etc.

Igualmente el programa de formación FIR con el que se accede al título de farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria, dedica un porcentaje notable de los 4 años de formación a la oncología.

Sobre estas bases, en los últimos años, podemos decir que los farmacéuticos oncológicos hemos pasado de "preparar la quimioterapia" en el Servicio de Farmacia, a "incorporarnos al equipo multidisciplinar de oncología", estrechando nuestra relación y colaboración con otros miembros del equipo, en particular con los Oncólogos y las enfermeras oncológicas. En muchos hospitales los farmacéuticos nos hemos incorporado a los equipos "físicamente", desplazando nuestro lugar de trabajo a los hospitales de día, y participando en las sesiones clínicas y otras actividades del equipo.

¿Cuál es el papel del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de Oncología?

Desde una perspectiva general, lo importante es integrarse en el equipo y participar en todas las actividades posibles del proceso. Desde una perspectiva más concreta, nuestras funciones más específicas son la evaluación de medicamentos, la validación farmacéutica, la preparación de la quimioterapia y la dispensación de quimioterapia oral. También participamos con otros miembros del equipo en la elaboración de protocolos terapéuticos, detección y monitorización de problemas relacionados con los medicamentos, y educación al paciente en materia de medicamentos.

En muchos hospitales los farmacéuticos intentamos impulsar y liderar los programas de seguridad del paciente en el circuito de la quimioterapia introduciendo herramientas tecnológicas o de software, entre otras acciones.

En la Fundación Onkologikoa de San Sebastián se han puesto en marcha iniciativas pioneras en este campo. ¿Nos las podría resumir?

Llevamos muchos años trabajando en este campo. A título de ejemplo, la prescripción electrónica en oncología la implantamos en el año 2000 y la administración electrónica con identificación de paciente con código de barras en 2008. El camino recorrido ha sido largo. Hemos

tenido que vencer muchas dificultades, y esto sólo ha sido posible con la participación entusiasta de todos los miembros de equipo. Estamos muy satisfechos de lo conseguido, aunque siempre hay margen para la mejora. El camino continúa.

Con el ánimo de no extenderme me gustaría destacar 3 logros recientes que hemos incorporado.

En primer lugar que nuestro circuito de quimioterapia es un circuito "sin papel", con soporte electrónico para todas las fases de proceso desde la prescripción hasta la administración. El sistema informático realiza todos los cálculos necesarios y apoya a todos los profesionales en cada una de las fases. Aunque esta situación es frecuente en prescripción médica y validación farmacéutica, no lo es tanto en preparación y administración. En nuestro caso, las enfermeras que llevan a cabo la preparación disponen de pantallas táctiles, lectores de código de barras y balanzas dentro del área blanca. Esto les permite verificar que el fármaco y la dosis son correctos, aplicando tecnología de reconocimiento de producto y gravimetría, respectivamente. Del mismo modo, para llevar a cabo la administración, la enfermera interactúa con el sistema informático, que les guía en el proceso, llevando a cabo un registro electrónico con reconocimiento de medicamento y paciente por código de barras. Este sistema aporta un alto nivel de seguridad y trazabilidad, pero además es muy eficiente.

El segundo logro a destacar es la implantación de un **robot** de preparación de quimioterapia. Este robot ha sido desarrollado conjuntamente por nuestro hospital y una empresa del País Vasco cuyo nombre es Kiro Robotics. Es importante destacar que este robot no sustituye a las enfermeras, sino que se convierte en su herramienta de trabajo. Supone un paso más en la seguridad del paciente pero también en la seguridad del personal, ya que minimiza la exposición y además incorpora un novedoso sistema



de autolimpieza orientado a reducir la contaminación por citostáticos.

La tercera incorporación se refiere a la incorporación de las bombas de perfusión inteligentes en el proceso de administración. Anteriormente la administración se llevaba a cabo mediante la lectura consecutiva de 3 códigos de barras. La tarjeta de identificación de la enfermera, la etiqueta del medicamento y la tarjeta de identificación del paciente. Más recientemente hemos incorporado una "cuarta lectura". Cada bomba de perfusión dispone de tecnología WIFI y está identificada con una etiqueta de código de barras. Al leer el código de barras de la bomba, nuestro software de administración envía toda la información

relevante a la bomba de manera que no es necesario programarla. Ésto incluye datos del paciente, medicamento y velocidad de administración, entre otros. De esta manera la enfermera sólo comprueba que los datos de la bomba son correctos e inicia la administración. A su vez, la bomba envía todos los eventos que ocurren durante la administración al sistema informático, garantizando la trazabilidad.

¿Cómo afectan a enfermería todos estos cambios?

A enfermería y a todos los demás profesionales, nos permiten ofrecer más seguridad al paciente. Además no tenemos que dedicar tanto esfuerzo a cálculos o registros y por tanto podemos

concentrarnos más en el paciente o en dedicar más tiempo a otras actividades importantes. Es muy importante tener en cuenta que toda esta tecnología no limita nuestra aportación o resta valor a nuestra profesión. Por el contrario, la utilización de estas herramientas, junto con la formación continuada, nuestro entusiasmo y el trabajo en equipo nos hacen vislumbrar un futuro optimista en el que podamos seguir mejorando los resultados terapéuticos de los pacientes. 📌



Programa de apoyo en el **PROCESO DE DUELO** a cuidadores familiares de niños fallecidos por cáncer: prueba piloto

Caregivers of children dead from cancer: a pilot study

Autores: Rocío López Rangel. Enfermera, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Especialista en Enfermería Oncológica, Pontificia Universidad Javeriana. Vinculada al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. rociolopez_1603@hotmail.com
Marcela Cárdenas Fandiño. Enfermera, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Especialista en Enfermería Oncológica, Pontificia Universidad Javeriana. Vinculada al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. mcardenasf@cancer.gov.co
Lucy Barrera O. Enfermera Magister en Enfermería. Profesora Titular (p) Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. lbarrerao@unal.edu.co
Sonia Carreño M. Enfermera, Magister en Enfermería. Estudiante de Doctorado en enfermería Universidad Nacional de Colombia. Área de estudio Cuidado a los cuidadores familiares de Niños con cáncer. spcarrenom@unal.edu.co
Beatriz Sánchez H. Enfermera Magister en Enfermería. Profesora Titular. Profesora Asociada Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. cbsanchezh@unal.edu.co
Gloria Mabel Carrillo G. Enfermera Magister en Enfermería. Profesora Asociada Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. gmcarrillog@unal.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar una prueba piloto de un Programa de seguimiento y apoyo en el proceso de duelo a cuidadores familiares de niños fallecidos por cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología (INC).

Metodología: Prueba piloto desarrollada durante el segundo semestre de 2013 que incluyó la definición de la necesidad, la creación de un grupo gestor con articulación de docencia-servicio, la revisión y pro-

puesta teórica, la preparación de los lineamientos del Programa, la puesta en marcha del Piloto y la evaluación del mismo.

Resultados: La prueba piloto del Programa de seguimiento y apoyo de enfermería a cuidadores familiares de niños fallecidos por cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología se desarrolló con el diseño y puesta en marcha de dos encuentros con cinco cuidadores familiares de niños con cáncer.

Conclusiones: El Programa fue evaluado como útil, importante y novedoso por parte de los cuidadores. Los profesionales señalan que es necesario revisar los mecanismos de convocatoria para poder ampliar la población atendida en este Programa.

Palabras clave: cuidadores, enfermería oncológica, niño, neoplasias (Decs).

ABSTRACT

Objectives: Carry out a pilot study of a follow-up and support program in the mourning process of family caregivers of children dead from cancer at the Instituto Nacional de Cancerología (INC).

Methodology: The pilot study was carried out during the second semester of 2013 and it included a needs analysis, the creation of a consultant and teaching-service group, the endorsement of the

nursing department at INC, the revision and the theoretical proposal, the preparation of the guidelines of the program, the actual implementation of the pilot and its evaluation.

Findings: The pilot of the nursing program to follow up and support the mourning process of family caregivers of children dead from cancer was carried out with the planning and completion of meetings with family caregivers of children with cancer.

Conclusions: The program was evaluated by the caregivers as useful and novel. The professionals involved in the pilot state that it is necessary to check the mechanism to call for participants in order to increase their number.

Key words: Caregivers, oncology nursing, child, neoplasms.

INTRODUCCIÓN

El cáncer infantil, es una enfermedad que aqueja a buena parte de la población Colombiana que se encuentra en esta etapa del ciclo vital. Se estima que en Colombia entre el periodo de 1985 a 2008 se presentaron 13.542 muertes por cáncer en menores de 15 años lo que representa un 3.5% de las muertes en éste grupo etareo¹. Lo anterior, muestra un gran impacto a nivel epidemiológico de la mortalidad por cáncer infantil en Colombia, el cual no es suficiente para ilustrar el impacto social de esta problemática en nuestra población.

La pérdida de un ser querido, de un familiar, de un amigo incluso de alguien conocido, siempre es un proceso difícil de asimilar y más aún cuando la persona que se va es un hijo a quien se le ha dedicado horas, semanas, años de cuidado, siempre guardando la esperanza de superar aquella enfermedad que los llevo a éstas circunstancias.

El duelo es definido como: *“La pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida”*² Todas las personas que sufren la pérdida de un familiar deben pasar por un período de duelo, y muy pocas son capaces de reconocer en este proceso algunos aspectos positivos o de evaluar su evolución dentro del mismo. El cuidado de los niños con

cáncer y su familia, debe estar orientado a las personas enfermas pero también y como algo prioritario debe considerar a los familiares quienes sobreviven con el dolor de la pérdida³.

De esta manera, se puede observar que la repercusión va más allá de cifras de mortalidad, pues luego de la muerte de un niño o niña por cáncer, queda toda una familia y en particular su cuidador familiar, con una serie de procesos psicológicos, sociales y espirituales que enmarcados en el proceso de duelo, se pueden convertir en un factor de riesgo para los mismos⁴.

Dentro de los padres y hermanos de niños que mueren por cáncer, pueden encontrarse cambios en las emociones, perspectivas, prioridades, estado físico, adaptación, hábitos de trabajo, creencias espirituales, relaciones familiares, entre otros⁵.

La familia sufre al cuidar y acompañar a su niño(a) durante el proceso de la enfermedad y deterioro paulatino, en su fallecimiento y después del mismo. Se ha documentado que esta pérdida del ser querido ocasiona estrés post traumático que conlleva cambios en el estilo de vida, aumento en el riesgo de consumo de sustancias nocivas, alteración de patrones dietéticos, cambios psicopatológicos, aumento de susceptibilidad a enfermedades infecciosas, mayor riesgo de aparición de patologías

oncológicas, alteración cardiovascular y alteración mental, en especial con depresión, lo que en conjunto se traduce en mayor riesgo de muerte^{6,7}.

El sentimiento de pérdida por sí mismo y los riesgos que esta puede desencadenar a causa de un duelo disfuncional, hace que los cuidadores familiares de niños con cáncer que han fallecido, tengan necesidades de cuidado especiales y que no son ajenas al ejercicio profesional de enfermería. Según un estudio hecho por Kreicbergs para los padres es beneficioso continuar con un contacto con el equipo de salud después de la muerte del niño⁸, lo que concuerda con la recomendación de la Sociedad Internacional de Pediatría Oncológica que sugiere que el seguimiento a los padres sea por dos años luego del fallecimiento de su hijo. La enfermera, en su mirada integral de cuidado al paciente crónico y su familia⁹ debe brindar apoyo social, psicológico y espiritual como una forma de promover el afrontamiento en el cuidador familiar.

Al estudiar el apoyo a la familia en duelo, tal como lo señalan Mc. Clement y Woodgate¹⁰, se encuentran varias dificultades, dentro de ellas, la definición misma de “familia” y la propuesta metodológica para abordarla. Para algunos “familia” es una unidad de convivencia, para otros, “familia” hace referencia a la persona cuidadora del paciente quien puede o no ser un pariente por consanguinidad.

En este caso, se decide trabajar con los cuidadores familiares, es decir, aquellos personas con vínculo de parentesco o cercanía que se han vinculado al cuidado del menor a quien identifican como su ser querido. Está documentado que el proceso familiar de vivir un cáncer terminal de un ser querido deteriora la calidad de vida de las familias¹¹, hallazgo que ha sido corroborado con cuidadores familiares en el medio colombiano¹².

Proot y su grupo¹³, al explorar las necesidades de los pacientes en el hogar y las de sus cuidadores familiares, en Holanda, la vulnerabilidad de estos se hace evidente y es necesario que el sistema de salud haga un balance entre los retos que estas personas asumen y la capacidad que tienen de afrontarlos. Dicha capacidad debe ser mediada por el sentimiento de carga, la restricción de actividades, el temor, la inseguridad, la soledad, el sentimiento sobre la muerte y el soporte con que se cuente. Cuantos más factores afectados en esta lista, mayor el riesgo de vivir un desgaste. Sin embargo, si las familias a pesar de esta situación continúan las actividades previas, tienen esperanza, mantienen el control, la satisfacción y el soporte social, se disminuye la vulnerabilidad de los cuidadores y se les protege de tener fatiga y desgaste. La experiencia que vivieron los cuidadores muestra que el soporte de profesionales y amigos no es suficiente, es necesario además un buen entrenamiento para comprender de forma integral la situación y contar con un cuidado efectivo de parte de los profesionales de la salud durante todo el proceso. La comprensión de lo que significa la familia, unida con las teorías del duelo, posibilita un mejor cuidado paliativo para los cuidadores de personas que enfrentan situaciones de enfermedad crónica y muerte¹⁴. Las necesidades de los cuidadores familiares que como se indicó, en muchos casos se mantienen aún después del fallecimiento del ser querido, no son suficientemente atendidas^{15,16}. Dentro de las necesidades insatisfechas están las preocupaciones de familiares que debieron asumir el

cuidado especializado para el cual no estaban preparados, la certeza de haber aliviado los síntomas y las complicaciones mortales. La sobrecarga en los cuidadores, expresada con un alto nivel de estrés, alteraciones en el sueño y otros hábitos y deterioro de la salud de los mismos, debe ser atendida con un Programa que facilite tanto el cuidado como el proceso de duelo^{17,18,19}. Un modelo de valoración y orientación para profesionales de la salud que da nuevas luces en el sentido de abordar la comunicación y el bienestar del paciente y la familia, es una necesidad para el cuidado²⁰.

En resumen, los enunciados y propuestas para abordar el duelo de los cuidadores familiares pueden ser útiles pero su aplicación y evaluación en el medio, es un reto presente. El no abordar el tema y dejar a las familias desamparadas hace que estas sientan la más profunda soledad que genera la situación de muerte²¹.

Se suman a estos argumentos las observaciones generadas por la experiencia de trabajo en el Instituto Nacional de Cancerología ESE, servicio de pediatría en donde día a día se evidencia una necesidad de apoyo en los cuidadores familiares de niños con cáncer después de su fallecimiento. Es evidente que haber dedicado gran parte del tiempo, esfuerzos y esperanza al cuidado del niño con cáncer, además de generar un vínculo estrecho con el ser querido hace difícil reconstruir el proyecto de vida después de la partida. Es así como surge la inquietud acerca de la forma en que se puede cuidar a estos cuidadores familiares de niños con cáncer después de su fallecimiento.

El **objetivo** de este trabajo fue desarrollar una prueba piloto de un Programa de seguimiento y apoyo de enfermería a cuidadores familiares de niños fallecidos por cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología.

METODOLOGÍA

La prueba piloto del Programa de seguimiento y apoyo de enfermería a cuida-

dores familiares de niños fallecidos por cáncer se realizó para los familiares de menores que hubieran sido atendidos en el servicio de pediatría.

Fases del piloto

1. Contactar telefónicamente a los familiares de niños fallecidos por cáncer que hayan estado hospitalizados en el servicio de pediatría.
2. Consolidar grupos de cuidadores familiares que requieran de apoyo después del fallecimiento de un niño por cáncer.
3. Plantear la intensión del taller e invitarlos a participar.
4. Desarrollar los talleres con base en una orientación que favorezca el duelo y de herramientas para autoevaluar el proceso.
5. Validar el nivel de utilidad, importancia, novedad y el grado de satisfacción general que los cuidadores familiares asistentes.
6. Hacer seguimiento telefónico a los participantes.
7. Evaluar la actividad con los profesionales y validar el nivel de utilidad, importancia, novedad y el grado de satisfacción general que además de los reportes se percibe desde el ángulo de los oferentes.

Desarrollo

Se propuso una intervención de enfermería a través de un encuentro telefónico, virtual o presencial con cuidadores familiares de niños que han fallecido en el INC con el fin de identificar cómo han desarrollado el proceso de duelo, identificar las fortalezas de los cuidadores familiares, sus debilidades y dificultades en el proceso de elaboración del duelo y la convocatoria a un taller para analizar este tema.

A partir de ello, se buscó desarrollar un diálogo reflexivo que permitiera a los cuidadores familiares expresar sus sentimientos acerca de la pérdida que vivieron y hacer evidentes las formas de afrontamiento más adecuadas de acuerdo con sus recursos personales. Este espacio buscó propiciar la expre-



sión de sentimientos en donde los cuidadores puedan apoyarse unos a otros, con base en su experiencia vivida.

El lugar del encuentro varió y para quienes lo pudieron hacer presencial fue el salón de conferencias del INC. Para quienes participaron telepresencialmente se desarrolló desde este mismo escenario. Se adelantó el desarrollo del taller en dos oportunidades y se propone desarrollarlo una vez por mes el cuarto sábado del mes.

Aspectos éticos y legales

Las consideraciones del piloto se enmarcaron en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia²². Vale la pena señalar que este trabajo corresponde a los planteamientos de la Ley 1388 de 2010, Por el Derecho a la Vida de los Niños con Cáncer en Colombia²³ y al Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021²⁴.

RESULTADOS

- **Contacto telefónico y consolidación de grupos de cuidadores para planear el taller e invitarlos a participar:** con base en la revisión de registros de defunción del servicio de pediatría entre 2011 y 2012, se contactaron 96 cuidadores familiares que llevaran entre 3 y 12 meses de tiempo después del fallecimiento de los niños. Asistieron 5 a las dos convocatorias realizadas.
- **Desarrollar los talleres con base en una orientación que favorezca el duelo y de herramientas para autoevaluar el proceso:** se emplearon preguntas abiertas para orientar el diálogo participativo dentro de las cuales se incluyeron:
 1. ¿Qué cosas les han sido más difíciles desde la partida?
 2. ¿Qué les ha ayudado a afrontar la partida?

3. ¿Cómo ha sido su experiencia después de la partida de su niño(a)?
4. ¿Cómo han organizado sus vidas?
5. ¿Qué cosas aprendió de la experiencia de cuidar a su niño con cáncer?
6. ¿Cuáles son los aspectos positivos que esta experiencia ha traído a su vida?

Una vez avanzado el diálogo se revisó con los cuidadores si el duelo que viven se desarrolla normalmente y las medidas que a su juicio deben tomar para apoyar el proceso.

- **Evaluación del taller durante el encuentro y con seguimiento telefónico:** con el fin de evaluar el nivel de utilidad, importancia, novedad y el grado de satisfacción general que los cuidadores familiares asistentes se les pidió evaluarlo. La evaluación fue positiva en todos los casos. Los familiares señalaron que a pesar de

la dificultad de abordar este proceso, era para ellos muy significativo que los hubieran convocado. Refirieron que parte del duelo vivido es la ausencia de esa familia estructurada a partir de la enfermedad de sus niños y que se conformó con los otros pacientes, los otros cuidadores y el personal de salud que los asistió en el proceso.

- **Evaluación de los profesionales:** la actividad de manejar el duelo genera carga en los profesionales pero esta es mitigada al encontrar la receptividad y la utilidad que manifiestan los cuidadores. Se hace necesario como parte del proceso que se realice un diálogo final entre los profesionales para poder dar significado a la experiencia. El trabajo docencia-servicio genera sinergia entre las partes a favor de los usuarios del INC. Adicionalmente, para evaluar este piloto se proponen los siguientes indicadores:

De estructura:

1. Número de sesiones realizadas/año.
2. Número de profesionales que participan/ No. de sesiones ofertadas.

De proceso:

1. Número de cuidadores familiares que asisten a los encuentros con profesional de enfermería.

De resultado: porcentaje (%) de cuidadores que manifiestan:

1. Beneficio general con el Programa.

2. Que el programa es útil.
3. Que el Programa es importante.
4. Que el programa es novedoso y los hace sentirse especiales.

CONCLUSIONES

Con base en el desarrollo de este piloto puede señalarse que un programa de esta naturaleza es integral porque aborda todas las dimensiones humanas del cuidador familiar de niños que fallecieron en el INC.

Está de acuerdo con las políticas planteadas, es coherente con la misión, visión, valores y principios del INC así como los Planes y políticas vigentes en atención integral del cáncer. Se soporta en principios éticos, los valores y principios institucionales, además del código deontológico de enfermería.

Es técnicamente solida ya que está sustentada en evidencia científica derivada de la investigación y la práctica. Es culturalmente apropiada puesto que se ajusta a las necesidades particulares de los cuidadores del INC y se desarrollará por profesionales con experiencia en el trabajo con dicha población. Es financieramente viable ya que no genera un costo adicional a la institución Tiene forma de mejora permanentemente ya que planea hacer análisis de cada sesión además de retroalimentación por

parte de los cuidadores familiares permitirá ir mejorando.

Por último es importante señalar que los cuidadores que han vivido de manera positiva esta experiencia podrían servir como red de apoyo para otros cuidadores familiares que afronten sentimientos de pérdida o muerte con mayor dificultad.

En síntesis, este Programa piloto dirigido a los cuidadores familiares de niños y niñas que fallecieron por cáncer en el INC, que incluye padres, hermanos, familiares y otros cuidadores por lazos de afinidad permite promover el desarrollo de un duelo adecuado en los cuidadores familiares de niños que fallecieron en el INC. Su desarrollo evidencia el compromiso de enfermería frente a las necesidades de los usuarios del INC.

AGRADECIMIENTOS

A la coordinación de Enfermería del INC por su respaldo al desarrollo de esta experiencia. Al Grupo de Cuidado al Paciente crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia por su apoyo para la realización del piloto dentro del marco del Programa para la Disminución de la carga de la enfermedad crónica en Colombia. ➔

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piñeros M., Gamboa O., Suarez A. Mortalidad por cáncer infantil en Colombia durante 1985 a 2008. Revista Panamericana de Salud pública. 2011; 30(1):15-21.
2. Vargas R. Duelo y Pérdida. Med. Leg. Costa Rica. 2003; 20(2). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152003000200005&script=sci_arttext
3. Dumont I., Dumont S., Mongeau S. End-Of-Life Care and the Grieving Pro-

- cess: Family Caregivers Who Have Experienced the Loss of a Terminal-Phase Cancer Patient. Qualitative Health Research 2008; 18 (8):1049-61.
4. Heiney S., Wells L., Ruffin J. A memorial service for families of children who died from cancer and blood disorders. J Pediatr Oncol Nurs. 1996; 13(2):72-79.
5. Gilmer M., Foster T., Vannatta K., Barrera M., Davies B., Dietrich M. S., et al. Changes in parents after the death of a child from cancer. J Pain Symptom Manage. 2012; 44(4):572-582.

6. Zisook S. Death, dying, and bereavement. En: Kaplan H., Sadock B. (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6a ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995. 1713-1729 p.
7. Vega P., Rivera S. y González R. El transitar del sobrevivir al revivir: comprender la vivencia de padres y madres que han perdido a sus hijos a causa del cáncer. Rev. chil. pediatr. 2012; 83(3): pp. 247-257.
8. Ulrika K., Unnur E., OlleBjörk, Gunnar S. and Jan-IngeHenter. Care-Related

Distress: A Nationwide Study of Parents Who Lost Their Child to Cancer. *J Clin Oncol*. 2005; 23:9162-9171.

9. Arias M. y Sánchez B. Cinco características que debe atender un profesional para cuidar a personas con enfermedad crónica. En *Experiencias formadoras de Cuidado*. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, Empresa Editorial Universidad Nacional de Colombia, 2013. En edición.

10. McClement S. y Woodgate R. Research with families in palliative care: conceptual and methodological challenges. *European Journal of Cancer Care*. 1998 Dec; 7(4):247-54.

11. Ferrell B., Grant M., Rhiner M., y Padilla G. Home care: Maintaining quality of life for patient and family. *Oncology*; 1992; 6(2), 136-139.

12. Escobar L. Calidad de vida de un grupo de cuidadores familiares de adultos con cáncer, vinculados a centros oncológicos de Medellín-Colombia 2007-2008. Tesis para optar el título de Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 2008.

13. Proot M. Abu-Saad H. Crebolder H., Goldsteen M., Luker K., Widdershoven G. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003 Jun; 17(2):113-21.

14. Adam J. Caring for the 'new' family in palliative care. *British Journal of Nursing*. 1995 Nov; 4(21):1253-4.

15. Hinds C. The needs of families who care for patients with cancer at home: Are we meeting them?. *Journal of Advanced Nursing*, 1985;10, 575-581.

16. Hinds C. Suffering: A relatively unexplored phenomenon among family caregivers of non-institutionalized patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17. 918-925.

17. Chow K. y Coyle N. Providing Palliative care to Family Caregivers Throughout the Bone Marrow Transplantation Trajectory: Research and Practice: Partners in Care. *Journal of Hospice y Palliative Nursing*. 2011 January/February; 13(1):7-13.

18. Maher D. y Hemming L. Understanding patient and family: holistic assessment in palliative care. *British Journal of Community Nursing*. 2005 Jul; 10(7):318-22.

19. McCorkle R., Benoliel J., Donaldson G., Georgiadou F., Moinpour C., y Goodell B. A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients. *Cancer*, 1989; 64: 1375-1382.

20. Nelson J., Mulkerin C., Adams L. y Pronovost P. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. *QualSafHealthCare* 2006; 15: 264-71.

21. Elias N. La soledad de los Moribundos. Fondo de cultura económica, México, 1987; pp 19-24.

22. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas,

técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud de Colombia. Octubre 4 de 1993.

23. Congreso de la República de Colombia. Ley 1388 del 26 de mayo de 2010. [Internet]. [Citado el 16 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://web.presidencia.gov.co/leyes/2010/mayo/ley138826052010.pdf>

24. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Cancerología ESE. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. 2012. [Internet]. [Citado el 16 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.cancer.gov.co/documentos/Plan-decenalparaelcontroldelcancer/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf



Nuestr@s compañer@s de...



Unidad de Farmacia del HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN de MADRID

Rosabel Escamilla y Manuel Olivares

El área de preparación de Citostáticos en Cabina de Seguridad Biológica (CSB) lleva ubicada en el edificio de Farmacia desde 1999. Anteriormente estaba en el edificio de Oncología junto al Hospital de Día Oncológico y eran las enfermeras de esta unidad quienes preparaban todas las mezclas citotóxicas del Hospital.

En ella trabajan 3 Enfermeras, dos Auxiliares de Enfermería y un Auxiliar de Servicios Generales en el turno de mañana, y una Enfermera y una Auxiliar de Enfermería en el turno de tarde.

El número de mezclas que se preparan en un mes es elevado, alrededor de unas 3.900, de las cuales, aproximadamente unas 200 de estas mezclas son ensayos clínicos. Todas ellas son para administración vía intravenosa. La dispensación de tratamientos orales también se realiza allí.

La actividad en esta Unidad va aumentando con el tiempo, tanto en número de mezclas como en complejidad, debido principalmente al número de pacientes cada vez mayor que requieren tratamiento de quimioterapia y a la mayor

supervivencia de nuestros pacientes debido a la cronicación de estas patologías.

En este aumento de actividad influye también el creciente número de ensayos clínicos que se realizan en la Unidad de Oncología. Es un importante reto para las enfermeras que preparan las mezclas de citotóxicos, ya que conocen todos y cada uno de los nuevos ensayos que se van a poner en marcha en el Hospital. ➡



HIPERCALCEMIA

DESCRIPCIÓN

La hipercalcemia es la complicación metabólica más frecuente en el paciente con cáncer, apareciendo en el 20-30% de los casos. Hablamos de hipercalcemia cuando se detectan cifras de calcio total superiores a 10,5 mg./dl. Entre los tumores que con más frecuencia se asocian a hipercalcemia son: pulmón (27,3%), mama (25,7%), mieloma múltiple (7,3%), cabeza y cuello (6,9%), primario desconocido (4,7%), linfoma/leucemia (4,3%), renal (4,3%), gastrointestinal (4%).



ETIOLOGÍA

- Hipercalcemia por osteolisis donde hay un incremento de la resorción ósea por parte de los osteoclastos. Este mecanismo se ve implicado en el 20% de las hipercalcemias paraneoplásicas y está más relacionado con algunos tumores como el mieloma múltiple o el cáncer de mama con metástasis óseas extensas.
- Hipercalcemia humoral, responsable en el 80% de las hipercalcemias paraneoplásicas, especialmente relacionadas con tumores malignos de origen escamoso, linfomas, cáncer de riñón, ovario o endometrio y cáncer de mama.
- Hipercalcemia por secreción activa de la vitamina D, provoca aumento de la actividad osteoclástica y de la absorción intestinal de calcio.
- Hipercalcemia por secreción de hormona paratiroidea (PTH), siendo excepcional fuera del carcinoma de paratiroides.

SÍNTOMAS

Neurológico:

Astenia, debilidad muscular, hiporeflexia, letargia, apatía, alteraciones en la conducta, estupor, coma.

Renal:

Poliuria, polidipsia, insuficiencia renal.

Gastrointestinal:

Anorexia, náuseas, vómitos, estreñimiento-íleo paralítico, dolor abdominal.

Los vómitos, náuseas y anorexia, se explican por un aumento del volumen residual gástrico. El íleo, empeora el estado de deshidratación secundario a la hipercalcemia. Todos estos factores contribuyen al dolor abdominal, que a veces es tan intenso que puede simular un abdomen agudo.

Cardiovascular:

Los estados de hipercalcemia pueden provocar hipertensión arterial.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la hipercalcemia tumoral se basa en el tratamiento de la enfermedad neoplásica de base que ocasiona la hipercalcemia y a la severidad de la misma.

Dependiendo de los valores de calcio sérico, se clasifica en leve o asintomática (calcio < 13 mg./dl.), paciente sintomático (calcio 13-15 mg./dl.) y pacientes con síntomas graves (calcio > 15 mg./dl.).

Es importante asegurar una correcta hidratación, favorecer la movilización, retirar los alimentos ricos en calcio de la dieta y suspender los tratamientos que puedan causar aumento del calcio sérico (diuréticos tiazídicos, AINES y antiH₂), considerar bifosfonatos en caso de metástasis óseas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Reconocer los signos y síntomas de la hipercalcemia para su temprana detección y la aplicación de medidas efectivas (hidratación oral o endovenosa).
- Monitorizar la diuresis y TA.
- Educar sobre alimentos recomendados mientras haya hipercalcemia.
- Atención integral a paciente y familia para disminuir ansiedad que provoca dicha complicación.

BIBLIOGRAFÍA

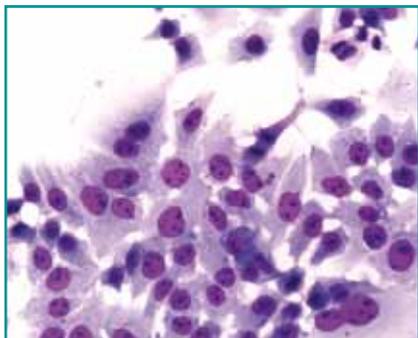
Sociedad Española de Oncología Médica (2006). Complicaciones metabólicas. Recuperado el 9 de Julio de 2014 www.seom.org/seomcms/images/stories/.../cuidadosContinuos119-w492.pdf

Sagi E., Pericay C., Santos C. Complicaciones metabólicas. En: Vicente V., Camps C., Carulla J., Casas A. M., González M. Guía de práctica clínica en cuidados continuos. Ed.: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2006, p.189-192.





Antonio Zamudio



BLOQUEAR EL MOVIMIENTO DE LAS CÉLULAS IMPIDE QUE EL TUMOR METASTATICE

Investigadores de la University College de Londres erradican la proliferación de células tumorales mediante el bloqueo de su movimiento en el organismo. ■



LA VASECTOMÍA PUEDE ACENTUAR EL RIESGO DE PADECER CÁNCER DE PRÓSTATA AGRESIVO

Los hombres que se realizaron una vasectomía son más propensos a sufrir un cáncer de próstata avanzado o agresivo, especialmente si se la hicieron cuando eran jóvenes, según un nuevo estudio de *Harvard School of Public Health* (HSPH). ■



LA FLORA INTESTINAL METABOLIZA LOS CARBOHIDRATOS HACIA EL CÁNCER COLORRECTAL

Los metabolitos derivados de carbohidratos inducen una proliferación celular anormal en los roedores predispuestos al cáncer colorrectal. ■



LA TERAPIAS DIANA ELEVA SUPERVIVENCIA EN SUPERVIVENCIA HEMATOLÓGICA

En el estudio publicado en "The Lancet Oncology" se han analizado los casos de neoplasias hematológicas de 560.400 pacientes, siendo el estudio más importante de supervivencia en población adulta que se ha hecho en el continente europeo. ■



DESCUBREN UNA NUEVA RUTA CONTRA LA PROPAGACIÓN DEL CÁNCER DE OVARIO

La proteína del receptor HER3, relacionada con el índice de supervivencia, ofrece posibles soluciones terapéuticas. ■



TERAPIA COMBINADA FRENA LOS SARCOMAS RESISTENTES

Añadir rapamicina a la quimioterapia con gemcitabina mejora el pronóstico de los pacientes con sarcomas de partes blandas que han respondido mal. ■



M^a Dolores Fernández



El artículo on-line de la ONS lleva por título Dispositivos de acceso venoso centrales: una investigación sobre las técnicas de enfermería oncológica para la solución de problemas. El propósito de este estudio fue explorar las técnicas utilizadas para la limpieza de dispositivos de acceso venoso centrales obstruidos (CVAD) e identificar la efectividad percibida de cada técnica por enfermeras oncológicas con experiencia. Se envió una invitación para una encuesta en la web para seleccionar a miembros de la Sociedad de Enfermería Oncológica. Todas las enfermeras (N = 224) informaron que piden a los pacientes a levantar y / o mover su brazo. La mayoría de las enfermeras pidió a los pacientes que se acostasen, tosiesen y respiraran profundamente. Los encuestados consideraron inyectar un agente trombolítico como la técnica más eficaz. No se encontraron asociaciones entre las técnicas y los años de experiencia en enfermería oncológica, lugar de trabajo, certificación o grado académico. Los resultados contribuyen al conocimiento sobre el cuidado de los pacientes con dispositivos de oclusión y ayudarán a formular la dirección para la investigación adicional de CVAD. El establecimiento de la idoneidad de las técnicas de solución de problemas relacionados con la práctica puede eliminar pasos innecesarios y ahorrar tiempo de enfermería. Educar a las enfermeras sobre el tema también

ayudará a reducir técnicas de las que no se espera que obtener resultados o están contraindicados. ■



De los artículos destacados en la *Cancer Nursing* revista de Julio y Agosto, uno nos habla de la utilización de predictores para la detección del cáncer colorrectal en pacientes afroamericanos en atención primaria ya que en comparación con otros grupos raciales tienen las tasas más altas de incidencia y mortalidad pero las tasas de detección más bajas. Los factores predictivos fueron las pruebas de sangre oculta en heces y la colonoscopia y las variables fueron la demografía, variables clínicas, creencias de salud y conocimiento del cáncer colorrectal y el apoyo social y concluyeron que reforzar la autoeficacia, el ánimo de familia y amigos y las recomendaciones de los profesionales son los componentes importantes de las intervenciones para promover el cribado de CCR. Otro nos habla de la evaluación de síntomas en oncología pediátrica y la concordancia entre los informes de su aparición en niños y padres durante la administración de la quimioterapia. Se evaluó esa concordancia mediante enfoques estadísticos que demostraron una alta concordancia

sobre todo en los que se consideraban claves pero sí que hubo sobreestimación en 7 de los síntomas y la discordancia se produjo sobre todo en los síntomas psicosociales.

También se hace una revisión sistemática de las intervenciones de apoyo para el manejo del sufrimiento en niños con cáncer y sus padres entre 1991 y 2011. Los resultados se centraron principalmente en la angustia del niño, la ansiedad y el dolor, rara vez se ha medido la calidad de vida o el afrontamiento y no se encontraron estudios que examinasen la función de la familia, lo que confirma la necesidad de investigación y de intervenciones más complejas. Por último un artículo sobre una encuesta internacional sobre los roles de enfermería en la prevención y gestión de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia así como identificar las lagunas que existen en los diferentes países. En ella los participantes perciben sus conocimientos como insuficientes y reconocen la necesidad de utilizar una herramienta estandarizada de evaluación así como la importancia de adoptar directrices internacionales a disposición de la enfermería oncológica. ■



Destacar varios artículos en la revista *European Journal of Oncology* de Agosto, uno de

ellos sobre un estudio para evaluar los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que reciben tratamiento de radioterapia y si la edad, el índice de masa corporal y el consumo de tabaco pueden modificarlos. Se evaluaron 65 pacientes en el Hospital Norte de Noruega al principio y al final del período de tratamiento y aunque en general la calidad de vida disminuyó con respecto al inicio, los pacientes que siguieron fumando durante el tratamiento tuvieron significativamente un mayor declive en la calidad de vida relacionada con la salud en comparación con los que lo dejaron. Otro es un estudio para iluminar y aclarar el concepto de cuestiones existenciales en relación con la investigación y la práctica en enfermería.



Consideran que esto puede contribuir a la calidad de atención a los pacientes aumentando la conciencia de lo que son cuestiones existenciales y llamar la atención sobre la importancia de reflexionar sobre estas cuestiones que nos encontramos en la práctica clínica. Por último otro estudio para explorar aún más las experiencias existenciales en pacientes con diagnóstico de melanoma maligno a través de entrevistas semiestructuradas a 30 pacientes que se realizaron consecutivamente después del diagnóstico. El análisis de las expresiones de esas experiencias reveló que es un proceso existencial que comienza con sentimientos de vacío, de estar metido en

un torbellino de caos e incertidumbre y el enfrentamiento con la propia muerte. Luego buscan un terreno sólido tratando de entender lo que se avecina, tratando de encontrar un equilibrio en la vida –lucha, esperanza, seguir viviendo y esforzándose por dar prioridad a la familia. Por último vivir con el cáncer incluyendo la comprensión de lo que es significativo en la vida, vivir el momento, aprovechar el día y mantenerse vigilante. Los profesionales de enfermería deben ser conscientes de este proceso para proporcionar suficiente apoyo a estos pacientes. ■

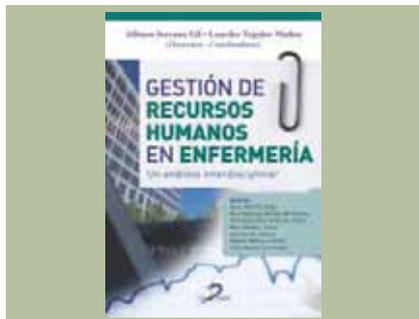


La portada de *Cancer World* está dedicada a Marcel Verheij que ha revolucionado la radioterapia. ¿Podrían combinaciones inteligentes de drogas y radiación llevar la precisión de la radioterapia a nuevos niveles? Marcel Verheij cree que sí, pero puede tener dificultades para demostrar que sin una participación más justa de financiación. Es presidente del Departamento de Radioterapia del Instituto Oncológico de los Países Bajos y profesor de radioterapia traslacional en la Universidad de Amsterdam y se pregunta porqué la oncología médica y los nuevos fármacos reciben toda la atención - en los medios de comunicación e incluso en las escuelas de medicina - cuando la contribución de la radioterapia para salvar vidas y mejorar la calidad de vida es mucho mayor. Verheij cree que el aumento de la calidad no es necesariamente una cues-

tion de invertir en centros sino que se trata de hacer visibles las diferencias y cuantos más oncólogos radioterapeutas tengan experiencia en el tratamiento de un tipo específico de cáncer, mejor será la calidad que podamos prestar a nuestros pacientes. Otro artículo reflexiona sobre mantenerse un paso por delante ¿podrían hacer más ensayos para pacientes con cáncer incurable? Unirse a un ensayo clínico puede ser un salvavidas para los pacientes con pocas opciones. Hay una diferencia entre lo que está basado en la evidencia y lo que es científica o médicamente racional. Grupos de defensa del paciente, como el Consejo Asesor Independiente del Melanoma quieren que los investigadores consulten a los grupos de pacientes mucho antes en el proceso de ensayo para asegurarse de que las preguntas que hacen son para las que los pacientes necesitan una respuesta y que el diseño del ensayo no penalice a los pacientes que necesitan acceso a tratamientos efectivos. Otro artículo interesante que refleja la voz del paciente es sobre los supervivientes que exigen un trato justo por parte de los servicios financieros. Se trata de que no puedan negar servicios hipotecarios o seguros sin explicación o una evaluación transparente de riesgos transparentes y parece que empieza a haber signos alentadores. Más de uno de cada cinco que solicitaron un seguro de vida fue rechazado inicialmente debido a su historial de cáncer y uno de cada diez que solicitaron una hipoteca fue también rechazada inicialmente. La extensión de la Directiva de igualdad de trato de la UE podría mejorar el acceso a los seguros para estas personas. En febrero se ha lanzado un nuevo proyecto de ley de los derechos de los pacientes con cáncer en Europa por el European Cancer Concord, a cargo de la Sociedad de Oncología Traslacional, pero se centra principalmente en temas de cuidados y no hace mención de problemas tales como los asuntos financieros. ■



Carmen Vena



GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA.

Un análisis interdisciplinario

Serrano A., Tejedor L.

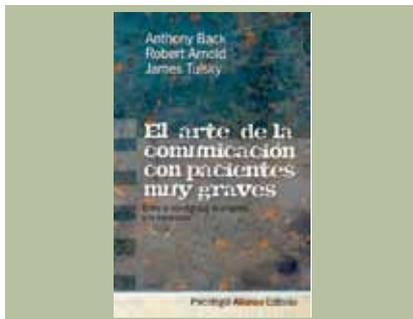
Editorial: Díaz de Santos

Año de publicación: 2013

Páginas: 258

ISBN: 9788499694504

Los autores creen que la gestión de recursos humanos en Enfermería ha de tener necesariamente un enfoque multidisciplinar y de trabajo en equipo. El principal objetivo es dotar a los profesionales de las herramientas necesarias para su mejor desempeño profesional, y por ello estructuran el texto en tres partes aportando un análisis interdisciplinario. En la primera parte, expertos en derecho civil aportan su visión acerca de la persona y el testamento, la incapacitación y el matrimonio de los enfermos mentales, aspectos de gran trascendencia en el ámbito asistencial. En la segunda se abordan los accidentes laborales y la prevención de riesgos en el entorno sanitario, que tienen una gran importancia por la alta incidencia y la gran repercusión que tienen en las organizaciones sanitarias. Finalizando, en la tercera parte, con legislación de referencia para los profesionales de enfermería, tanto del ámbito asistencial como del gestor, abordando la responsabilidad civil del trabajo en equipo, el intrusismo, el derecho a la información, la objeción de conciencia o el secreto profesional, entre otros. Sin duda una obra de referencia en gestión sanitaria.



EL ARTE DE LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES MUY GRAVES.

Entre la honestidad, la empatía y la esperanza

Robert Arnold, James Tulsy

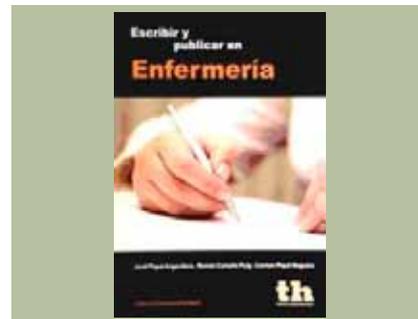
Editorial: Alianza Editorial

Año de publicación: 2012

Páginas: 224

ISBN: 9788420665894

En este libro se definen las diversas funciones que ha de cumplir la comunicación entre el médico, el paciente y los familiares. Hay que dar las malas noticias, informar sobre los cuidados paliativos ordinarios y específicos para la fase terminal, preguntar al paciente sobre testamentos vitales y órdenes de no reanimación, hablar de temas espirituales y existenciales, de la necesidad de tomar decisiones en familia, del «enseñamiento terapéutico» y de otros problemas que hay que encarar en la fase final de una enfermedad. Se presentan los datos obtenidos en investigaciones empíricas junto a la propia experiencia de los autores para elaborar un mapa que sirva de guía en las difíciles conversaciones en las que se contempla una posible muerte.



ESCRIBIR Y PUBLICAR EN ENFERMERÍA

Piqué J., Camaño R., Piqué C.

Editorial: Tirant Humanidades

Año de publicación: 2011

Páginas: 214

ISBN: 9788493931650

Con la incorporación de la Enfermería en la universidad se completó un proceso de profesionalización que en estos momentos y después de unos años de incertidumbre y diferentes propuestas ha proporcionado la posibilidad a los profesionales de la Enfermería de obtener los mayores niveles académicos que la universidad puede proporcionar en la actualidad, el Master y el Doctorado. La adquisición de estos niveles académicos exige el desarrollo de destrezas relacionadas con la comunicación, entre ellas la escritura de trabajos de investigación y ensayos científicos relacionados con la aplicación y desarrollo de los conocimientos de Enfermería.

Con este libro se ha pretendido solucionar, en parte, una carencia de los profesionales actuales y contribuir al desarrollo de las destrezas de comunicación y escritura de los futuros profesionales que se encuentran actualmente en las universidades.

CISPLATINO - CDDP

Cisplatino farmacia[®], Accord[®]

Marta González Fernández-Conde
AGOSTO 2014

PREPARACIÓN Envase 10 mg.-10 ml. Envase 25 mg.-25 ml. Envase 50 mg.-50 ml. Envase 100 mg.-100 ml.	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del vial: 1 mg./ml. • Dilución: según ficha técnica se debe diluir en al menos 1 litro de SF, aunque existen estudios de estabilidad en los que se trabaja con concentraciones mayores, y en la práctica habitual se suele infundir diluido en 500 ml. para dosis < 100 mg. • Evitar el contacto con utensilios que contengan aluminio, pues precipita. • Proteger de la luz.
CONSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • No refrigerar ni congelar el vial. • Estabilidad físico química de la dilución: Cisplatino Pharmacia[®] y Accord[®] 24 horas a TA.
INFUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: según la ficha técnica la infusión se debe realizar en 6-8 horas, pero existen fuentes fiables, como Micro-medex, que contemplan también la infusión en 1-3 horas. • Hidratación previa de 1000 ml. de SF, para dosis bajas y de 2000-2500 ml. de SF para dosis > 100 mg. • Hidratación posterior: puede ser vía intravenosa, infundiendo 1.5- 2 litros de SF; o vía oral, advirtiendo al paciente que debe beber unos 2 litros durante ese día, sobre todo en las 12 horas posteriores a la infusión, y al día siguiente. • Debe llegar a la unidad habiendo bebido al menos 2 litros de líquidos desde el día anterior. • Administrar 125 ml. de Manitol al 20% si la dosis de Cisplatino es superior a 60 mg/m². • En combinación con Paclitaxel: administrar primero Paclitaxel y luego el Cisplatino. • En combinación con Docetaxel: administrar 1º Docetaxel y luego el Cisplatino. • En combinación con Gemcitabina: administrar 1º la Gemcitabina y luego el Cisplatino. • En combinación con Etopósido: administrar 1º Cisplatino y luego Etopósido. • En combinación con Topotecan: administrar 1º Topotecan y luego Cisplatino. • En combinación con Fluorouracilo: administrar 1º el Cisplatino y luego el 5-FU. • En combinación con Pemetrexed: administrar 1º Pemetrexed, esperar 30 minutos y luego infundir el Cisplatino.
EFFECTOS 2^{OS}	<ul style="list-style-type: none"> • Nefrotóxico desde la 1ª dosis. • Náuseas, vómitos importantes y frecuentes. Diarrea. Anorexia. Mucositis. • Mielosupresión: leucopenia, trombocitopenia y anemia. • Ototoxicidad: tinnitus, pérdida de audición. • Reacciones anafilácticas: sobre todo en pacientes que ya habían sido tratados previamente con platinos. • Arritmias. Embolia pulmonar. Infarto de miocardio. • Fiebre. Flebitis en la zona de inyección. • Alteración del gusto y del olfato. • Neurotóxico: neuropatía periférica. • Alopecia poco frecuente. Erupción cutánea.
EXTRAVASACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Irritante. Vesicante si la concentración es > 0.4 mg./ml. o el volumen es > 20 ml. • Medidas generales. • Si la concentración fuese > de 0.4 mg./ml. o el volumen extravasado, superior a 20 ml., se debe aplicar Dimetilsulfóxido (DMSO) cada 8 horas durante 14 días, y frío seco local por lo menos 1 hora cada 8 horas durante 3 días. • Si no tiene esta concentración o el volumen es menor, aplicar sólo medidas generales.
INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de testículo metastático. • Cáncer de ovario metastático. • Carcinoma de vejiga metastático. • Carcinoma escamoso de cabeza y cuello metastático. • Carcinoma de pulmón no microcítico metastático. • Carcinoma de pulmón microcítico metastático. • Carcinoma de cuello uterino.
CONSIDERACIONES ESPECIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Cisplatino se descompone en medios con bajo contenido en cloruro. La concentración de cloruro debe ser al menos equivalente al 0.45% de cloruro sódico. • Nefrotoxicidad: Cisplatino causa nefrotoxicidad acumulada grave. Para prevenirla debe mantenerse una hidratación de al menos 1 litro de 2 a 12 horas antes de la infusión, y de otros 2 litros durante las 6-12 horas después. También es importante la administración de Manitol o de un diurético en dosis superiores a 60 mg./m². • Ototoxicidad: se ha observado hasta en un 31% de los pacientes y normalmente afecta a la audición de frecuencias altas, pero en un 6% de los casos puede afectar a la audición normal. Puede manifestarse también con tinnitus. Es acumulativa, dosis dependiente y generalmente irreversible.



- *Alteración del ionograma:* un 76% de los pacientes padece hipomagnesemia a las 3-4 semanas del inicio del tratamiento hasta un año después, lo que puede originar tetanias, debilidad muscular, temblores, mareos... Puede darse también hiponatremia, hipopotasemia, hipocalcemia. La hiponatremia se asocia a pérdida de la conciencia y convulsiones.
- *Reacciones de hipersensibilidad:* consisten en edema facial, mareo, hipotensión, taquicardia. También pueden tener rash, urticaria, eritema palmoplantar, incluso shock anafiláctico. Normalmente son controlados con corticoides y antihistamínicos. Existe un protocolo de desensibilización en caso de que sea necesario seguir el tratamiento con Cisplatino.
- Cisplatino en altas dosis puede provocar visión borrosa y alteraciones en la percepción del color. Ésta última puede persistir hasta 16 meses después del tratamiento.
- Cisplatino administrado en combinación con Bleomicina y Vinblastina puede dar lugar al fenómeno de Raynaud.
- La extravasación del Cisplatino puede provocar celulitis tisular, fibrosis, dolor, eritema, incluso necrosis. Según indica Conde - Estévez D. antes se recomendaba el uso de Tiosulfato Sódico 1/6 M, pero actualmente se ha visto que es más eficaz la aplicación de DMSO (37 casos descritos con 100% de efectividad).
- Cisplatino es mutagénico, teratógeno, embriotóxico y fetotóxico. Se debe utilizar una adecuada contracepción durante y hasta 6 meses después del tratamiento.
- La vacuna de la fiebre amarilla está estrictamente contraindicada debido al riesgo de enfermedad vacunal sistémica mortal.

BIBLIOGRAFÍA

- Cisplatino Accord, ficha técnica. Laboratorio Accord healthcare S.L.U. Fecha revisión del texto: noviembre 2011.
- Cisplatino Pharmacia, ficha técnica. Laboratorio Pharmacia Grupo Pfizer. Fecha de revisión del texto: 2010.
- CISplatin. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- CISPLATIN. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/E7FA95/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/1CA8EF/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocumentLink?docId=0276&contentSetId=31&title=CISPLATIN&servicesTitle=CISPLATIN
- Conde - Estévez D., Mateu de Antonio J. Actualización del Manejo de Extravasaciones de Agentes Citostáticos. Farmacia Hospitalaria. 2012; 36 (1): 34-42.
- Gram Sewell, PhD. Physical and Chemical Stability of Cisplatin Infusions in PVC Containers. European Journal of Oncology Pharmacy. Volume 4. 2010 (3).

CICLOFOSFAMIDA - CTX

Genoxal®

Marta González Fernández-Conde
AGOSTO 2014

<p>PREPARACIÓN Envase 1000 mg. Envase 200 mg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstitución: agregar 50 ml. de SF al vial de 1000 mg. ó 10 ml. de SF al vial de 200 mg., y agitar enérgicamente durante 1 minuto. Dejar reposar hasta aclaración. La reconstitución con API carece de estabilidad. • Concentración de la reconstitución: 20 mg./ml. • Dilución: se puede diluir en SF, SG 5% o Ringer. <ul style="list-style-type: none"> - Si dosis < de 1000 mg.: diluir en 100 ml. También puede ser en 250 ml. y hasta 500 ml. como máximo. - Si dosis > de 1000 mg.: diluir en 250 ml. Puede diluirse más pero manteniendo la concentración por encima de 2 mg/ml. • Concentración mínima de la dilución: 2 mg./ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad físico química de la reconstitución: 24 horas a TA y 6 días en nevera. • Estabilidad físico química de la dilución: 24 horas a TA y 6 días en nevera.
<p>INFUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: 30 minutos. Si produce sensación de picor de nariz, aumentar en tiempo de infusión. • Dosis > 1500 mg.: infusión en 90 minutos y hasta 4 horas. • En dosis elevadas valorar la administración junto a Mesna. • Administración oral: ingerir después de las comidas y con alimentos fríos descendiendo las náuseas y los vómitos. Es recomendable que se tomen por la mañana.
<p>EFFECTOS 2^{OS}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y vómitos (aumentados por el consumo de alcohol). Mucositis. • Irritación vesical con hematuria. Cistitis hemorrágica. • Miocarditis y miopericarditis. Arritmias supraventriculares y ventriculares. • Pigmentación de uñas y dedos. Alopecia dependiente de dosis. • Rinitis e irritación de garganta. • Posible infertilidad. Amenorea u oligomenorea en mujeres. En hombres oligospermia o azoospermia, con disminución de la libido y de la potencia sexual. • Neumonitis intersticial y fibrosis pulmonar.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Irritante, no vesicante. • Medidas generales.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adenocarcinoma de mama. • Carcinoma de ovario. • Carcinoma microcítico de pulmón. • Osteosarcoma. Sarcoma de partes blandas. Rbdomiosarcoma. Tumores de la familia del sarcoma de Swing. Sarcoma histiocítico. • Enfermedad trofoblástica gestacional. • Linfoma de Hodgkin. Linfoma no Hodgkin. • Mieloma múltiple. • Leucemia mieloide aguda y crónica. Leucemia linfoide crónica. Leucemia linfoblástica aguda. • Neuroblastoma. • Retinoblastoma. • Nefroblastoma (tumor de Wilms). • Como inmunosupresor en trasplante de órganos y de médula ósea, y en enfermedades autoinmunes. • Micosis fungoide en estadios avanzados.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cistitis hemorrágica: ocurre entre un 10% de pacientes, 40% si son dosis elevadas, y es debido al contacto directo con la mucosa vesical de los metabolitos tóxicos que se acumulan en la orina concentrada. Se recomienda administrar por la mañana, tan temprano como sea posible, para disminuir la cantidad de fármaco que quede en la vejiga durante la noche. Es importante instruir al paciente para que beba abundantes líquidos y a que orine frecuentemente para minimizar los tiempos de permanencia en la vejiga. En dosis elevadas se debe considerar la infusión junto a Mesna. • La infusión rápida puede ocasionar congestión nasal o algún tipo de molestias faciales. Si al paciente le resulta incómodo perfundir más lento. • Puede producir cambios en la pigmentación de la piel. En las uñas se puede dar una destrucción del lecho ungueal, lo que produce un adelgazamiento de la lámina ungueal, hiperpigmentación en bandas longitudinales. • En caso de que se produzca urticaria durante la infusión, se recomienda administrar antihistamínico previo. Pueden darse reacciones anafilácticas, pero son poco frecuentes. • Evitar la ingesta de zumo de pomelo 48 horas antes y después de la administración. • En dosis elevadas es posible que provoque visión borrosa.



- Puede provocar esterilidad, que dependiendo de la dosis, de la duración de la terapia y del estado gonadal, puede llegar a ser irreversible tanto en hombres como en mujeres. Comentar con los pacientes la posibilidad de crioconservación de óvulos y esperma.
- Interacciones: el uso concomitante con Tamoxifeno puede aumentar el riesgo de tromboembolismo; el de factores estimulantes de colonias, el riesgo de toxicidad pulmonar; junto al Busulfan hay una mayor incidencia de mucositis y de enfermedad hepática veno-oclusiva; el Ondasetrón junto a Ciclofosfamida en dosis altas provoca un descenso de las concentraciones de ésta.

BIBLIOGRAFÍA

- Cyclophosphamide. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- Cyclophosphamide. Disponible en: <http://www.stabilis.org/Monographie.php?IdMolecule=53&IdOnglet=StabSol#InfosSupp>
- Ciclofosfamida. Disponible en: <http://www.pdamecum.com/info/C/ciclofosfamida-dosis.php>
- Ciclofosfamida. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx?accion=FICHA&pagina=DES&clascodigo=02-622&epigrafe=3>
- Rihuete M. Extravasación de citostáticos. En: Rodríguez C., coordinador. Manual de Urgencias en Oncología. Ed 2011. Madrid: Luzán 5; 2011. p 199-211.



Congresos y Jornadas

Ana Mateo

XXXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. SEE



Fecha: **3 al 5 de septiembre**
Lugar: **Alicante**

XXI Premios en el ámbito de las personas mayores



Plazo de presentación: **19 de septiembre**

Salud ambiental pediátrica: prevención del consumo de alcohol y otras drogas durante el embarazo y la lactancia. Curso de verano



Fecha: **23 al 25 de septiembre**
Lugar: **Cartagena**

III Concurso de ideas para la difusión de la investigación en cuidados



Plazo de presentación: **30 de septiembre**

IX Congreso Nacional y III Internacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC



Fecha: **8 al 10 de octubre**
Lugar: **Las Palmas de Gran Canaria**

XXX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Paraplejía y XX Simposio Especializado en Lesión Medular



Fecha: **8 al 10 de octubre**
Lugar: **Oviedo**

I Jornada AEETO, Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia



Fecha: **10 de octubre**
Lugar: **Madrid**

XXXII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y I Congreso de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial



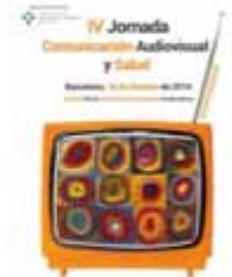
Fecha: **15 al 17 de octubre**
Lugar: **Madrid**

XIII Congreso nacional de la AEEORL, Asociación Española de Enfermería en Otorrinolaringología



Fecha: **17 y 18 de octubre**
Lugar: **Getafe. Madrid**

IV Jornada videos y salud



Fecha: **18 de octubre**
Lugar: **Barcelona**

III Congreso madrileño de enfermería escolar



Fecha: **18 y 19 de octubre**
Lugar: **Madrid**

I Congreso Asociación de Matronas de Euskadi y XIII Congreso Federación de Asociaciones de Matronas de España



Fecha: **23 al 25 de octubre**
Lugar: **Bilbao**

XI Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud y Congreso virtual: "Jóvenes y salud. ¿Combatir o compartir los riesgos?"



Fecha: **6 y 7 de noviembre**
Lugar: **Granada**

XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados



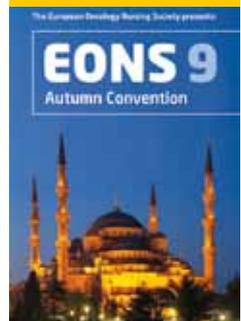
Fecha: **11 al 14 de noviembre**
Lugar: **Vitoria-Gasteiz**

18 th ICCN International Conference on Cancer Nursing



Fecha: **7 al 11 de septiembre**
Lugar: **Panamá**

EONS 9 Autumn Convention



Fecha: **18 y 19 de septiembre**
Lugar: **Estambul. Turquía**



*A la
vanguardia*



BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA.

Avances. Primera parte

Esther García Díaz

INTRODUCCIÓN

Epidemiología

El cáncer es una de las enfermedades más comunes y una de las causas de mayor mortalidad a nivel mundial, constituye un problema socio sanitario de primer orden en los países industrializados, representando la neoplasia no cutánea más frecuentemente diagnosticada en Estados Unidos (EE.UU), y la segunda causa de muerte por enfermedad oncológica después del cáncer de pulmón. Se diagnostican en EE.UU 217.730 nuevos casos anualmente y mueren por esa enfermedad más de 30.000 varones al año^{1,2}.

Los datos de Mortalidad por Cáncer en España del Centro Nacional de Epi-

demología, sitúan el cáncer de próstata como la tercera causa de muerte por cáncer en los hombres, detrás del cáncer pulmonar y del colorrectal³, situándose también en el tercer lugar en frecuencia según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, superando las 5.000 muertes al año⁴.

La incidencia de este tumor ha aumentado en los últimos años debido a tres hechos fundamentales: el aumento de la esperanza de vida, la utilización del antígeno prostático específico (PSA) que permite el diagnóstico en fase preclínica, y la mejora y extensión de los métodos diagnósticos de imagen. Es un tumor que se presenta en hombres mayo-

res y que tiene posibilidad de curación cuando está localizado.

La distribución geográfica del cáncer de próstata no es uniforme en todo el mundo, debido a la introducción del cribado. La International Agency for Research on Cancer es la Agencia de la OMS cuya misión consiste en coordinar y promover investigaciones sobre las causas del cáncer⁵.

La mayor incidencia de cáncer prostático la registran los países más desarrollados, con tasas entre 6 y 13 veces más altas que en los países en vías de desarrollo. En Europa, los países que presentan las tasas de incidencia más elevadas son Suecia y Suiza⁶.

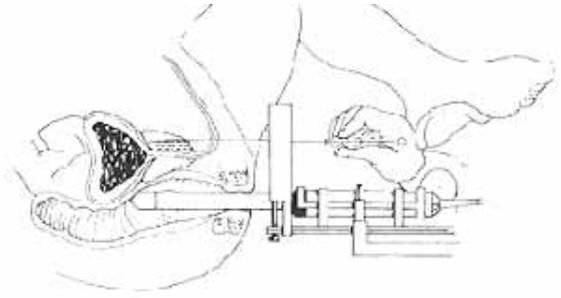


Figura 1. Implantación transperineal.

Según el último informe de Eurostat, el cáncer de próstata es la causa del 3% de todas las muertes de los hombres en la UE, y el 10% de los varones que fallecen por tumores malignos lo hacen como consecuencia de este tumor.

En España, el cáncer de próstata es el tercer tumor más frecuente en varones, y la tercera causa de muerte por cáncer. La incidencia en España se encuentra entre las más bajas de la UE, con una tasa ajustada de 56,29 por 100.000 habitantes.

Las diferencias en la mortalidad por cáncer de próstata entre las provincias españolas no son demasiado pronunciadas y no se aprecia un claro patrón geográfico. Las tasas de mortalidad oscilan entre el 15,5-16 por 100.000 habitantes en las provincias con menor mortalidad (Melilla, Guadalajara, Almería y Cáceres) y cifras del 27, 5-28 por 100.000 habitantes en las provincias de mayor mortalidad (Baleares, Gran Canaria y Castellón), siendo la tasa ajustada de mortalidad a nivel nacional en el año 2002 de 21,48 por 100.000 habitantes.

En las edades más avanzadas, el cáncer de próstata desplaza del primer lugar al cáncer de pulmón, ocasionando el 20,2% de todos los diagnósticos de cáncer en este grupo de edad. Le siguen el cáncer de pulmón y colorrectal⁷.

Opciones terapéuticas

En la selección del tratamiento se valoran tanto las características y antecedentes del paciente, como los posibles efectos secundarios del tratamiento.

El abordaje terapéutico del cáncer de próstata es un área en constante evolución y en el que existe una variedad de opciones terapéuticas muy alta:

- Observación (conducta expectante o vigilancia activa)
- Prostatectomía radical (abierta, laparoscópica y robótica)
- Tratamiento radiológico (radioterapia externa, braquiterapia de baja o alta tasa de dosis)
- Crioterapia
- HIFU (ultrasonidos focalizados de alta intensidad)
- Tratamiento hormonal

Y diversas combinaciones de las anteriores. A la hora de evaluar la efectividad y seguridad de las distintas opciones disponibles, los datos más relevantes a tener en cuenta son:

- La supervivencia global
- La supervivencia libre de enfermedad
- Los efectos secundarios de los distintos tratamientos
- La calidad de vida de los pacientes

BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA

La evidencia publicada procedente tanto de estudios uni-institucionales como de grupos cooperativos ha confirmado que un aumento de la dosis de irradiación a nivel del tumor primario prostático se traduce en un aumento significativo en el control bioquímico y control local, y en última instancia, en un beneficio en la supervivencia causa específica. Este efecto "dosis respuesta" ampliamente documentado en los ensayos de intensificación de dosis en cáncer de próstata, ha resultado evidente en los pacientes considerados de riesgo intermedio y

alto^{8,15} especialmente en los primeros, si bien es cierto que datos procedentes de diversos estudios^{16,17} parecen confirmar también una mejora de la respuesta con el aumento de dosis en los tumores de bajo riesgo.

El hecho de que el adenocarcinoma de próstata se comporte como un tumor dosis dependiente, es decir, que a mayor dosis de irradiación administrada a la próstata, mayor control tumoral, ha marcado el desarrollo del tratamiento radiológico en este tipo de patología.

Por lo tanto la finalidad de los tratamientos con radioterapia, debe ser, conseguir dar altas dosis de irradiación de la forma más selectiva posible.

Por lo tanto, la mejora de los resultados en los pacientes con cáncer de próstata localizado se consigue, aumentando la dosis de irradiación a nivel local, lo cual es posible gracias al avance tecnológico. Una de las opciones terapéuticas que es capaz de conseguir ese aumento de la dosis local es la braquiterapia.

La palabra braquiterapia, etimológicamente, significa irradiación a corta distancia y es un procedimiento terapéutico que utiliza la irradiación administrada en el interior de la próstata permitiendo:

- Administrar dosis muy altas de irradiación, que permiten conseguir el control local de la enfermedad que se traduce en un aumento de la supervivencia.
- Irradiación muy selectiva, es decir, que las altas dosis son administradas sólo a la próstata y no a los órganos adyacentes sanos (vejiga, recto, intestino).

La braquiterapia es un tratamiento local, la irradiación se limita a la próstata porque el material radiactivo se coloca en contacto directo con la glándula, por inserción transperineal (figura 1). De ahí la denominación también de implante intersticial. En función de si la dosis que proporciona el implante es administrada en corto o largo tiempo (minutos o meses) se habla de alta o baja tasa de dosis.

Tipos de braquiterapia

- **Braquiterapia con implantes permanentes o de baja tasa de dosis:**

Se deposita material radiactivo en el interior de la glándula (¹²⁵I). Se administran dosis altas a lo largo de varios meses.

- **Braquiterapia con implantes temporales o de alta tasa de dosis:**

No se deposita material radiactivo en el interior de la glándula, sólo se deposita la energía al permanecer una fuente que produce irradiación dentro de la próstata, siendo retirada cuando ésta ha depositado la energía deseada. Se utiliza para este fin el ¹⁹²Ir (figura 2). Se administran dosis altas en pocos minutos.

BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA.

AVANCES

Gracias a su comodidad y disponibilidad en los últimos 10 años, el empleo de semillas como implantes permanentes para tratar el carcinoma de próstata incipiente ha aumentado considerablemente. El control local referido por varios centros a escala nacional e internacional ha sido excelente. Por su logística y comodidad, estos tratamientos son muy populares entre los pacientes y los profesionales encargados del abordaje de estos tumores. A pesar de los excelentes resultados y su sencillez, estas intervenciones tienen algunos inconvenientes. Por un lado, con la implantación de material radiactivo, aunque sea de periodo de semidesintegración corto, el paciente sigue teniendo radiactividad durante varios meses, con algunas limitaciones en cuanto a la práctica normal. La posi-

bilidad de que las semillas se desplacen o se pierdan plantea problemas tanto clínicos como de seguridad relativa a la radiación. Aunque la tecnología ha mejorado, sigue habiendo problemas con la distribución de las semillas, ya que ésta es difícil de corregir una vez colocadas y la curva de aprendizaje larga.

La solución a los problemas planteados pasa por utilizar para el tratamiento de estos tumores, los implantes temporales de alta tasa de dosis con iridio-192. Este tipo de fuentes presentan como ventaja la reutilización en todos los pacientes que la necesiten durante el semiperiodo útil del radioisótopo. La dosimetría es más fácil y permite modificar la distribución de los implantes y las dosis durante la colocación de agujas con sistemas de planificación terapéutica guiados por imágenes en tiempo real.

Técnicamente, la calidad de los implantes temporales es mayor gracias a la naturaleza de la intervención, que permite hacer correcciones antes del tratamiento.

Destacamos cuatro importantes avances dentro del tratamiento de braquiterapia de este tipo de tumores con alta tasa de dosis.

- Braquiterapia de alta tasa de dosis como monoterapia en una sola fracción de 20.5 Gy.
- Braquiterapia de alta tasa de dosis como tratamiento focal en monoterapia y en una sola fracción de 24 Gy.
- Técnicas de protección de estructuras sanas.
- Dosimetría "in vivo" en braquiterapia de alta tasa de dosis con mosfet.

1. Braquiterapia de alta tasa de dosis como monoterapia en una sola fracción de 20.5 Gy.

a) Técnica

Colocación de catéteres a nivel prostático con el paciente colocado en posición de litotomía y bajo anestesia Intradural, posterior conexión a fuente de irradiación a través de los transfer al robot (figura 3).

b) Ventajas

La Braquiterapia de alta tasa de dosis tiene ventajas evidentes frente a otras formas de tratamiento radiológico de intención curativa (18-36), a saber.

Frente a la irradiación externa:

- Es la técnica que permite administrar las mayores dosis de irradiación posibles. Recordemos que el tumor prostático es dosis dependiente.
- La caída de la dosis fuera de la glándula es rápida, por lo que los tejidos de alrededor reciben escasas dosis de irradiación, y por lo tanto cabe esperar un menor índice de complicaciones.
- Son los tratamientos más conformados y modulados de todos los posibles.
- El tratamiento no está influenciado por los cambios de posición de la glándula, ocasionados por múltiples factores; gases, residuos fecales en recto, orina en vejiga, movimientos intestinales, ya que la próstata está fija por las agujas en el momento de administración de la irradiación.
- El tratamiento braquiterápico se reduce a un acto quirúrgico único, y no a múltiples actos de tratamiento, más de 8 semanas de tratamiento diario de lunes a viernes, en el caso de la irradiación externa.
- Permite realizar una dosimetría directa a nivel uretral y rectal.
- Permite realizar una protección transperineal de la cara anterior del recto.

Frente a la braquiterapia de baja tasa de dosis:

- Mayor seguridad en la conformación y uniformidad de la dosis.
- Mejora la distribución de dosis debido al control que hay sobre el posicionamiento de la fuente y el tiempo que permanece en cada posición.
- Posibilidad de limitar dosis altas a estructuras no patológicas con la consiguiente disminución de la toxicidad.
- Tratamientos más cortos.
- Potencialmente pueden reducir costos.
- Permiten una completa protección radiológica. El paciente no emite irradiación cuando regresa a su domicilio.
- Permite realizar una dosimetría directa a nivel uretral y rectal.

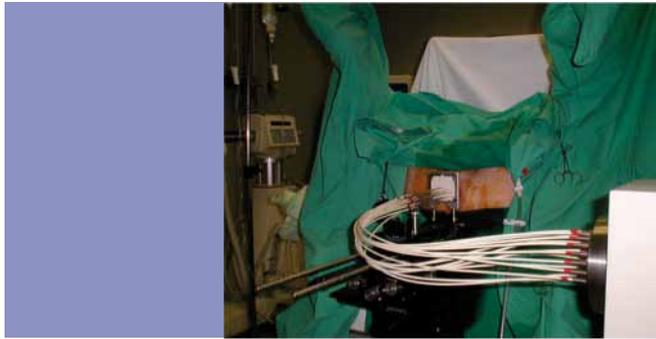


Figura 2. Tratamiento con alta tasa de dosis.



Figura 3. Conexión para irradiación.

c) Indicaciones

El candidato idóneo para braquiterapia de alta tasa de dosis como tratamiento monoterápico es aquel paciente considerado de bajo riesgo (PSA \leq 10 ng./ml. y Gleason \leq 6 y Estadio \leq T2a), también podrían incluirse pacientes seleccionados de riesgo intermedio con poca carga tumoral (PSA 11-20 ng./ml. ó Gleason = 7 ó Estadio T2b).

d) Contraindicaciones

- Afectación de ganglios linfáticos (N1).
- Signos de metástasis a distancia (M1).
- Cirugía radical por carcinoma de próstata.
- Expectativa de vida < a 5 años.
- Trastorno médico o psiquiátrico importante que, en opinión del investigador, pueda impedir que se complete el tratamiento e interferir en el seguimiento.
- Resección transuretral previa.
- Neoplasia maligna invasiva previa (excepto el cáncer de piel distinto del melanoma) a menos que lleve sin

enfermedad un mínimo de 3 años (por ejemplo, se permiten el carcinoma *in situ* de la cavidad bucal o la vejiga).

- Puntuación I-PSS >12 ó flujometría <10 de Qmax.
- Contraindicaciones para la anestesia.
- Deformidades anatómicas.
- Volumen prostático > 60 cc.

La HDR en monoterapia es un método aceptado, cómodo y coste-efectivo de braquiterapia prostática para los pacientes con cáncer de próstata de riesgo favorable.

Todo parece indicar que los tratamientos con alta tasa de dosis, consigue al menos iguales resultados de control bioquímico de la enfermedad a largo plazo que los tratamientos con baja tasa de dosis, pero con un menor índice de complicaciones.

La braquiterapia es por lo tanto una opción terapéutica en este tipo de tumores que debe de ser valorada y ofertada

a los pacientes, dentro de grupos multidisciplinarios de tratamiento.

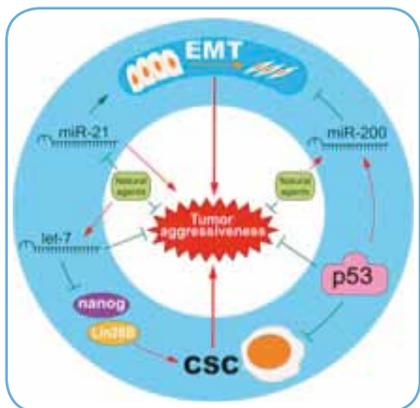
e) Qué cometido tiene la enfermería en este equipo multidisciplinar

- Asesoramiento, información y control del paciente previo al proceso quirúrgico.
- Recepción y preparación en quirófano.
- Participación del proceso de anestesia y su mantenimiento.
- Instrumentación del proceso quirúrgico.
- Ejecución de técnicas especiales.
- Realización y control de sondajes.
- Aplicación de medicaciones específicas.
- Instruir al paciente y familia en cuidados post intervención.
- Registros de morbilidad.
- Seguimientos de la evolución de los procesos terapéuticos.
- Participación en estudios de investigación y ensayos clínicos. 



¿Sabías que...?

Ana María Palacios



UN GEN DE LAS CÉLULAS EMBRIONARIAS QUE SE MANTIENE ACTIVO EN ADULTOS IMPLICADO EN EL DESARROLLO DEL CÁNCER

Agencia Sinc

Un equipo de científicos del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) han descubierto que el gen NANOG, una pieza fundamental en las células madre de los embriones, regula también la división de las células adultas en los epitelios estratificados, aquellos que forman parte de la epidermis de la piel o recubren el esófago o la vagina.

Según las conclusiones del estudio, publicado en la revista *Nature Communications*, este factor podría también participar en la formación de tumores derivados de los epitelios estratificados, como los del esófago, cabeza o cuello.

Hasta la fecha se sabía que el factor de pluripotencia NANOG estaba activo durante tan solo dos días del desarrollo embrionario humano, aquellos previos a la implantación del embrión en el útero materno (entre los días cinco y siete de la fertilización). Durante este período crítico del desarrollo, este gen contribuye a que las células madre del embrión adquieran una amplísima capacidad de especialización -técnicamente denominada pluripotencia- que las convertirá en todos y

cada uno de los tejidos que formarán el embrión.

El estudio del CNIO, liderado por Manuel Serrano y Daniela Piazzolla, demuestra que NANOG también tiene actividad en el organismo adulto, más allá de su función durante este breve periodo del desarrollo embrionario.

Después de analizar mediante inmunohistoquímica la presencia del gen en los distintos tejidos de ratón, el equipo del CNIO ha constatado que este factor está presente en epitelios adultos estratificados como los del esófago, piel o vagina. Los autores del trabajo también demuestran que NANOG está aumentado en tumores de pacientes derivados de epitelios estratificados. Además, cuando bloquearon la acción del gen mediante ARN de interferencia el índice de proliferación de las células disminuyó. ■



MIDEN POR PRIMERA VEZ LA ACTIVIDAD FÍSICA EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER ESPAÑOLES

Agencia Sinc

La actividad física regular es recomendable para todo tipo de personas, incluyendo tanto a enfermos de cáncer que están recibiendo un tratamiento como a aquellos que han superado la enfermedad. Un equipo de investigadores, en el que participa la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), ha medido por primera vez cómo es el nivel de este ejercicio en supervivientes españoles.

Tomando como referencia las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) -que aconseja un mínimo de 150 minutos de ejercicio moderado a la semana, 75 de ejercicio intenso o una combinación de ambos-, los expertos han averiguado cómo son los hábitos de 180 pacientes que han superado el cáncer, y de 105 que no lo han padecido nunca.

"El 94% de los supervivientes de la enfermedad cumplieron las recomendaciones internacionales. En la población sin cáncer, la proporción llegó al 96%", asegura Héctor Cebolla, investigador del departamento Sociología II de la UNED y uno de los autores del estudio, que se publica en *Oncology Nursing Forum*.

Ambos grupos realizaron una actividad física muy superior a los 150 minutos semanales de ejercicio moderado recomendados, doblando incluso la cifra: 356 minutos a la semana los supervivientes de cáncer y 395 los que no lo habían sufrido.

Las personas que habían superado la enfermedad asistieron al servicio de oncología del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) entre mayo de 2011 y junio de 2012. Hacía al menos un año desde que se les diagnosticó la enfermedad, tres meses del final del tratamiento y no tenían signos de metástasis.

"Los tumores más representados son los más frecuentes, mama y colorrectal, pero también se evaluaron tumores poco frecuentes como renal o tímico", detalla Ana Ruiz-Casado, oncóloga del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid) y autora principal del estudio.

Las personas que no padecían la enfermedad fueron localizadas en dos centros de salud cercanos al hospital de Fuenlabrada entre noviembre de 2011 y

junio de 2012. El 62% de ellos se consideraban con un buen estado de salud, aunque el 48% padecía dolencias crónicas, el 36% admitió dolores crónicos y el 17% había sufrido una enfermedad cardiovascular.

Aunque los resultados de actividad física fueron muy positivos, no ocurrió lo mismo con los perfiles cardiometabólicos, que revelaron tasas de obesidad “preocupantes”, de en torno al 30%, además de una mala condición física, con respuestas cardiorrespiratorias muy bajas frente al esfuerzo aeróbico. *“Que la población cumpla las recomendaciones internacionales es bueno, pero lo ideal es que se hiciera el ejercicio suficiente como para conseguir un índice de masa corporal adecuado y una buena aptitud cardiorrespiratoria”*, mantiene la oncóloga.

Los cuestionarios también arrojaron un resultado curioso: las personas que vivían solas hacían menos actividad física. No influían otros parámetros como la edad, el sexo, el nivel de educativo o vivir cerca de zonas verdes, pero sí vivir en pareja.

Estudios similares realizados en Estados Unidos reflejan resultados mucho más bajos que los españoles, de 26 y 42 minutos de ejercicio semanal para supervivientes de cáncer de mama y de próstata respectivamente.

Los autores concluyen su estudio apuntando a que el **personal de enfermería** debidamente preparado podría realizar el seguimiento de la actividad física de estos pacientes. Además, subrayan la importancia de que los especialistas en actividad física, junto con médicos, cirujanos, oncólogos y enfermeros, formen un mismo equipo multidisciplinar que asesore a la persona que ha tenido cáncer.

La investigación ha sido dirigida por el Hospital Universitario Puerta de Hierro y, además de con la UNED, ha contado con la colaboración del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), el Centro de Salud Francia (Madrid), la Universidad de Zaragoza y la Universidad Europea (Madrid). ■



LOS BENEFICIOS DEL CONSUMO MODERADO DE CAFÉ

www.infosalus.com

El consumo moderado de café podría reducir el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer, el de colon, próstata, gástrico, endometrio y bucofaringeo según han mostrado diversos estudios internacionales publicados recientemente.

En concreto, una investigación realizada en Singapur examinó la relación entre consumo de café y riesgo de **cáncer gástrico**, en una población de 63.257 personas, mostrando que el consumo diario de esta bebida puede reducir el riesgo de este tumor en poblaciones de alto riesgo, especialmente en el caso de las mujeres.

Asimismo, un estudio publicado en ‘American Journal of Epidemiology’, llevado a cabo en Estados Unidos a 968.432 personas que al inicio del estudio no padecían cáncer, analizó la relación entre el consumo de café con la mortalidad provocada por el **cáncer bucofaringeo**.

De esta forma, los expertos comprobaron que la ingesta de más de 4 tazas de café diarias se vinculó con una reducción del 49 por ciento en el riesgo de muerte por cáncer bucofaringeo, en comparación con los no consumidores o consumidores ocasionales de café.

Además, según un meta-análisis publicado en la revista ‘Public Health Nutrition’, que analizó los datos procedentes de 41 estudios, el consumo de café podría también reducir significativamente el riesgo de **cáncer colorrectal**.

Con respecto al **cáncer de próstata**, un reciente meta-análisis ha mostrado que los bebedores de café tienen un riesgo menor de padecer **cáncer de próstata** que los no bebedores. También, una investigación, publicada en ‘British Journal of Cancer’ y realizada en la ciudad de Ohsaki (Japón), ha comprobado la

relación que existe entre el consumo de café y el riesgo de **cáncer de próstata**, mostrando que la ingesta de café está inversamente relacionada con la incidencia de **cáncer de próstata**.

Resultados similares se han desvelado en un estudio publicado en ‘Annals of Oncology’, los cuales han señalado que, para los casos de **cáncer de próstata** localizado, cada taza de café adicional al día reduce el riesgo en un 3 por ciento y para **cáncer avanzado y mortal**, un 2 por ciento.

Finalmente, una investigación prospectiva que ha evaluado el consumo de café y su relación con el **cáncer endometrial**, tomando como base el ‘**Nurse’s Health Study**’, ha indicado que un consumo inferior a 4 tazas de café diarias no tenía relación con el riesgo de **cáncer endometrial**. Sin embargo, aquellas mujeres que consumían 4 ó más tazas de café diarias tenían un riesgo un 25 por ciento menor de padecer este tumor que aquellas que consumían menos de una taza al día.

Sobre el **cáncer de endometrio**, las investigaciones también han sugerido que el consumo de café está vinculado a un menor riesgo de padecerlo. Así, los datos de un estudio realizado a 45.696 mujeres postmenopáusicas, de las que 427 padecieron **cáncer endometrial**, ha sugerido que el consumo de café puede estar relacionado con un menor riesgo de este tumor en mujeres obesas postmenopáusicas. También un estudio publicado en ‘British Journal of Cancer’ ha demostrado que el café podría tener un efecto protector frente al **cáncer endometrial de tipo I** en mujeres postmenopáusicas obesas. ■



EL CONOCIMIENTO DEL SÍNDROME DE LYNCH PUEDE SALVAR VIDAS

Europa Press

El conocimiento del Síndrome de Lynch puede salvar vidas, según se ha expuesto

en un encuentro sobre la enfermedad con motivo del Día Internacional del Síndrome. Pese a que causa en torno al 2% de los cánceres de colon en España, se trata de una enfermedad poco conocida entre la sociedad y raramente diagnosticada. Así, según estimaciones de Francesc Balaguer, responsable de la Clínica de Alto Riesgo de Cáncer Colorrectal del Hospital Clínic de Barcelona, cada año más de 700 casos de cáncer de colon se podrían prevenir si se diagnosticase a tiempo la enfermedad.

“El Síndrome de Lynch es el paradigma de la prevención: al diagnosticarlo sabemos que existe predisposición y podemos articular medidas de reducción de riesgo para evitar casos de cáncer”, ha dicho.

Pese a esta realidad, como ha apuntado el especialista, el Síndrome de Lynch es raramente diagnosticado a nivel clínico: *“a día de hoy está infradiagnosticado es una realidad, y éste es el gran drama: ocurren muertes que se podrían haber prevenido”,* ha señalado este experto.

En este aspecto ha coincidido la presidenta de GEPAC, Begoña Barragán. *“La difusión del Síndrome de Lynch no es sólo importante a nivel social sino también entre la comunidad médica”,* ha dicho. Por su parte, la presidenta de la Asociación de Familias afectadas por el Síndrome de Lynch (AFALynch), María Ricart, ha apuntado cómo desde la Asociación tratan *“de hacer la suficiente fuerza para que un médico pueda sospechar: ¿y si es un caso de Síndrome de Lynch?”.*

El Síndrome de Lynch está causado por una alteración o cambio en la información genética (mutación) que se puede heredar o transmitir a la descendencia, en uno de los genes reparadores del ADN llamados MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 y EPCAM. Se trata de un síndrome autosómico dominante, lo que significa que el paciente portador de la mutación tiene un 50% de probabilidades de transmitir la enfermedad a la descendencia.

El síndrome se caracteriza fundamentalmente por una predisposición al desarrollo de cáncer colorrectal, cáncer de endometrio y cáncer de ovario. Sin

embargo, y aunque con menor frecuencia, puede generar una predisposición a otras neoplasias: estómago, vía biliar, intestino delgado, páncreas, SNC (síndrome de Turcot), uréter y pelvis renal, y piel (síndrome de Muir-Torre). ■



LA RADIOTERAPIA MODULADA AUMENTA UN 18% LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

www.lainformacion.com

Un estudio realizado por un equipo de la Universidad de Texas y de la MD Anderson Cancer Center Houston (Texas) en Estados Unidos ha demostrado un aumento de un 18 por ciento en la supervivencia de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello cuando son tratados con radioterapia de intensidad modulada (IMRT) respecto a los tratados con otras técnicas.

Este estudio, publicado el pasado mes de enero en la revista 'Cancer', ha contactado con 3.172 pacientes del SEER-Medicare (Surveillance, Epidemiology and End Results) de Estados Unidos con una media de edad de 72 años y a los que se ha seguido durante 40 meses. El objetivo era comparar la supervivencia para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados con IMRT frente a los no tratados con IMRT.

En este sentido, los expertos indican que la radioterapia de intensidad modulada de alta precisión usa aceleradores lineales de rayos X *“para administrar dosis de radiación precisas a un tumor maligno o áreas específicas dentro de éste”.* Ello permite que la radiación se adapte *“con mayor precisión”* a la forma tridimensional del tumor.

De esta forma se expresa el director médico del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y coordinador del Grupo de Tumores de Cabeza y Cuello de la SEOR, el doctor José Antonio Medina, que asegura que el aumento de la supervivencia *“puede ser debido a una mejor cobertura del tumor”.*

Con el empleo de la radioterapia de intensidad modulada se consigue también *“otra gran ventaja”,* informa este experto, que afirma que ésta es *“la disminución de los efectos secundarios a largo plazo y la mayor calidad de vida percibida por los pacientes tratados con ella”.*

Sin embargo, Medina lamenta que el factor económico *“sigue siendo el principal freno para su implantación en España”.* Para él, la evidencia científica *“refuerza su utilización en el cáncer de cabeza y cuello, y debe ser el arma básica para reivindicar su uso tanto por parte de los oncólogos, como de los pacientes”.* ■



LA GRASA “PARDA” CAUSA LA EXTREMA DELGADEZ DE LOS PACIENTES DE CÁNCER

El País

Hasta ahora se conocía el lado amable de la grasa parda, el tejido adiposo bueno, capaz de quemar calorías y de reducir los depósitos de la otra grasa (la blanca, la mala) la responsable del sobrepeso y los denostados michelines. Pero estos lípidos que adelgazan también tienen una cara menos agradable: están detrás de la pérdida de peso atroz que sufren algunos enfermos de cáncer, contra la que no existe remedio, y que es responsable directo de la muerte de uno de cada tres pacientes.

El hallazgo lo describen científicos del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) en la revista *Cell Metabolism*. En el artículo los investigadores relatan cómo el cáncer activa hasta el extremo y de forma descontrolada la transformación de grasa blanca en parda. *“Es la primera vez que este fenómeno quemagrasa se asocia a un efecto negativo”*, indica Michele Petruzzelli, el primer firmante del trabajo. Además, han observado el papel de una molécula (la citoquina IL-6) en este fenómeno y cómo al bloquearla se mejora la salud en los ratones, lo que abre una futura vía de tratamiento para estos enfermos.

La caquexia es un fenómeno tan devastador como poco estudiado. Suele darse en fases avanzadas de tumores de páncreas y estómago, aunque también de pulmón, esófago o colon; o en enfermos de sida, insuficiencia cardíaca o hepática. En estos casos, por mucho que se alimente el paciente -incluso por vía intravenosa- es imposible frenar la pérdida de grasa y de volumen muscular, así como la debilidad asociada ambas; hasta el punto de llegar a ser el responsable de la muerte de paciente, adelantándose a los efectos directos del tumor. Hasta hace poco, este proceso se vinculaba a una especie de autocanibalismo en el que el organismo recurría a todas las reservas energéticas posibles para alimentar las necesidades de crecimiento del tumor. Pero esta tesis ya se ha descartado: el síndrome se da incluso en tumores muy pequeños.

El estudio de este fenómeno en los últimos años mostró que estaba relacionado con la inflamación. Y que, entre los candidatos a tener un papel especial en la caquexia, destaca la citoquina IL-6, una proteína del sistema inmune que interviene en los procesos inflamatorios. Lo que nadie había descrito es que todo ello se vinculaba con la actividad de la grasa parda.

El grupo de biología celular del cáncer del CNIO dirigido por Erwin Wagner, del que forma parte Petruzzelli, trabajó con distintos modelos de ratón con cáncer. Unos modificados genéticamente para desarrollar neoplasias, a otros se

les indujo el tumor mediante sustancias carcinógenas y a un tercer grupo se les transfirió tumores humanos.

En todos ellos observaron que poco antes de que se manifestaran los síntomas del drástico proceso de adelgazamiento se activó la transformación de las reservas de grasa blanca en parda. Además, advirtieron que la citoquina IL-6 tenía un papel relevante en todo ello, *“aunque variaba en función de los modelos de ratones empleados”*, apunta Petruzzelli. *“En uno de los modelos, al usar inhibidores de IL-6 desaparecía la caquexia totalmente, en el resto se reducían sus efectos”*.

Además, la administración a los ratones de antiinflamatorios no esteroideos como el sulindac mejoró sensiblemente la severidad de la caquexia.

Los investigadores analizaron muestras de tejido graso humano de pacientes con cáncer que habían desarrollado caquexia. En siete de las ocho personas estudiadas se observaron las mismas alteraciones detectadas en los ratones: la transformación de la grasa blanca en parda consumía las reservas de lípidos. En otras 20 muestras de enfermos con neoplasia que no habían sufrido caquexia no se detectó ni rastro de la grasa que consume calorías.

Pero una cosa es que el fenómeno suceda de forma similar y otra que los humanos respondan igual que los ratones a los mismos tratamientos que se han mostrado esperanzadores en los animales de laboratorio: los inhibidores de IL-6 y los antiinflamatorios. Petruzzelli se muestra cauto, por ejemplo, respecto a los primeros *“el IL-6 es una proteína muy poco específica”*, por lo que bloquearla podría provocar efectos no deseados graves. Sin embargo, son dos posibles caminos terapéuticos que podrían aportar resultados en las personas.

Estas prevenciones no restan relevancia al trabajo, como indica, Francisco Villarroya, catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Barcelona. *“Es un trabajo relevante”*, comenta este especialista en grasa parda. Villarroya destaca, por un lado, el hallazgo de la capacidad del tumor en

transformar la grasa blanca en parda. Por otro, desvelar el papel de la proteína IL-6 en este proceso de activación de forma patológica de la grasa parda que dispara el consumo de calorías.

También confirma que *“en humanos la grasa parda en humanos no debe estar ni demasiado activada, como en el caso de los pacientes con cáncer, ni demasiado poco, como sucede con las personas obesas”*, relata. *“Nada es bueno o malo en sí”*, añade Petruzzelli, tampoco el tipo de grasa. ■



CASI LA MITAD DE LA POBLACIÓN NO CUMPLE LAS PRESCRIPCIONES DE LOS MÉDICOS

www.efesalud.com

Un 43 por ciento de la población general no cumple con las prescripciones de los médicos y no sigue su tratamiento como sería deseable, siendo más habitual el abandono entre jóvenes y personas con mayor nivel de estudios, según un estudio de la Fundación Salud 2000 y la Asociación de Usuarios de la Comunicación (AUC).

Sin embargo, los pacientes crónicos consideran importante la adherencia al tratamiento prescrito por su médico, de los que dos tercios lo cumple en tiempo y forma, según recoge este estudio, titulado *“la participación de los ciudadanos en el cuidado de la salud”*.

En el estudio, elaborado con el objetivo de analizar la implicación de las personas en el cuidado de su salud, se advierte de que sólo el 5,3 por ciento de los ciudadanos perciben el consumo abusivo de alcohol como un hábito peligroso para la salud, especialmente los jóvenes.

Para su elaboración se ha realizado por una parte una encuesta entre la población general (1.019 entrevistas) y, por

otra, una encuesta entre la población paciente con alguna enfermedad crónica o de larga duración (848 entrevistas).

El estudio ha sido presentado por la presidenta ejecutiva de la Fundación Salud 2000, Carmen González; el presidente de AUC, Alejandro Perales, y el director general de la Fundación Investigación Clínico de Valencia (Incliva), Rafael Carmena.

De este informe se desprende que el 53,4 por ciento de la población general cree que una buena **alimentación** es el hábito más importante que se debe mantener para prevenir enfermedades; le siguen el no fumar (25,7 por ciento) y hacer ejercicio físico (15,3).

Los pacientes valoran la buena alimentación como el hábito que más incide en el cuidado de la salud (66,6 por ciento), seguido del no fumar y de hacer ejercicio físico.

Los expertos señalan que la ingesta abusiva de **alcohol** sólo es percibida como un hábito pernicioso por el 5,3 por ciento y consideran "preocupante" que no se conciba como un hábito a corregir, especialmente por la población joven.

Por otra parte, la población general considera a los médicos como la fuente de información más fiable (un 85 por ciento), mientras que los pacientes conceden gran importancia a las opiniones de otras personas que han pasado por la misma situación, a los medios de comunicación y a internet.

Además, según este estudio, los pacientes son mucho más críticos con la actitud que tiene el médico con ellos, ya que creen que debería ser más cercano, claro y comprensivo.

Existe entre los pacientes la conciencia generalizada de contar con competencia comunicativa suficiente, es decir, que saben explicar a su médico los síntomas de su enfermedad, como lo afirma el 81,5 por ciento de los que han respondido a la encuesta.

Respecto a las **nuevas tecnologías**, como la telemedicina y las aplicaciones para móviles, el 50,2 por ciento de la población general y el 56,1 por ciento de los pacientes creen que ayudan a parti-

cipar más activamente en el tratamiento y a facilitar su adecuado tratamiento.

Un 62,5 por ciento de los pacientes encuestados conoce o ha oído hablar de los biomarcadores genéticos, especialmente los que tienen estudios universitarios (72 por ciento), los de clase alta/media alta (68,8) y las personas con edades comprendidas entre 51 y 60 años (67,4 por ciento).

Según los expertos, gracias a los biomarcadores genéticos la medicina será cada vez más personalizada, con lo que se conseguirá mayor eficacia en el tratamiento de las enfermedades. ■



AUMENTA LA SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS DEL CÁNCER DE COLON

www.consaud.es

La supervivencia a 5 años por Cáncer de Colon en los años '70 se situaba en torno al 50%, mientras que hoy casi alcanza el 65%, recuerda la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) dentro de su campaña "en Oncología cada avance se escribe con Mayúsculas".

"Quizá puede parecer insignificante año a año, pero si consideramos que cada año se diagnostican en España unos 30.000 casos de este tumor, la supervivencia a cinco años ha pasado de ser privilegio de 15.000 pacientes a 19.500", señalan.

Y es que, según la SEOM, "muchos de estos avances cuando son presentados de forma aislada parecen tener una escasa relevancia, pero sumados entre sí han cambiado la vida de muchos pacientes".

Esta campaña tiene como objetivo dar a conocer la evolución y los avances médicos que se han sucedido en estas últimas décadas en el tratamiento de los diferentes tumores. Cada año se diagnostican en España unos 30.000 casos de este tumor, la supervivencia a 5 años

ha pasado de ser de 15.000 a 19.500 pacientes.

A mediados y finales de los años '80, la quimioterapia complementaria tras cirugía de cáncer de colon demostró incrementar la supervivencia. En los años '90 se demostró que la cirugía de las metástasis cuando la resección completa de las mismas era posible podía curar a un porcentaje significativo de pacientes.

Además se vio que en pacientes con metástasis inicialmente no resecables, pero que respondían a la quimioterapia haciéndose resecables, la cirugía de estas metástasis seguía siendo curativa para un porcentaje de pacientes. En 2004, por primera vez un fármaco dirigido frente a la angiogénesis tumoral mejora la supervivencia en pacientes con cáncer de colon avanzado.

También en 2004 y 2005 se incorporan al tratamiento del cáncer colorrectal avanzado dos terapias dirigidas frente a EGFR. Más adelante se define el beneficio limitado a pacientes con ausencia de mutaciones en K-RAS, lo cual fue un paso importante hacia un tratamiento individualizado del cáncer.

Recientemente en el 2013, la selección de pacientes ha mejorado aún más tras demostrarse que los pacientes con otras mutaciones en K-RAS o en N-RAS tampoco se benefician de estos tratamientos antiEGFR. En el 2013 y 2014 se han añadido al arsenal terapéutico disponible frente al Cáncer Colorrectal Metastásico otros dos antiangiogénicos.

En los últimos años se vienen implantando de forma progresiva en las distintas comunidades autónomas españolas los Programas de Cribado de Cáncer Colorrectal. Estos programas que logran realizar una prevención primaria y secundaria son básicos para disminuir su mortalidad en el futuro estimándose que una vez implantados podrían evitar un tercio de las muertes por cáncer colorrectal.

Por tanto, "es necesario que, aquellos progresos, por pequeños que sean, que muestran beneficios para los enfermos, se incorporen de manera equitativa a todos los individuos, y que el acceso al mejor tratamiento para su enfermedad sea universal". ■



Esperanza

Mónica Bautista Varas

"Esperanza"- le respondió un paciente a otro, que en la sala de espera de oncología preguntó malhumorado, que hacíamos todos allí.

Desde el primer día que me diagnosticaron cáncer de mama, quise participar en un ensayo clínico y así se lo hice saber a mi doctor.

Un ensayo clínico, te permite acceder a fármacos, a los que de otro modo, no tendrías acceso y son la posibilidad de tomar un medicamento que podría ser la cura a esta terrible enfermedad o, que la cronifique con mejores resultados que los que existen actualmente. Un ensayo clínico te abre, más aún, la puerta a la esperanza. Además de aportar tu granito de arena a la ciencia, que de otro modo, no avanzaría en su intento por conseguir mejoras en los tratamientos contra la enfermedad.

Hace un año, me propusieron participar en un ensayo clínico. No lo dude ni un segundo. Mantuve varias reuniones con mis doctores, donde me explicaron en qué consistía, sus pros y sus contras. Me dieron todo tipo de información al respecto, sin ocultar lo duro que sería. Se trataba de un ensayo de incidencia semanal, es decir, todas las semanas tenía que acudir al hospital, realizarme pruebas y recibir el tratamiento estándar. Al mismo tiempo, diariamente debía

tomar vía oral, el medicamento que estaba en estudio.

Acudir al hospital semanalmente, entre dos y tres días, comenzó a hacerse pesado. Sobre todo según avanzaba el tratamiento y mi cuerpo comenzaba a notar los efectos del mismo. Sin embargo, tanto el equipo médico como las enfermeras, me dieron todo tipo de facilidades. Tenía acceso directo a ellos en cualquier situación, me recibían en consulta siempre que fuera necesario y nunca me faltó su apoyo. La comunicación fluía entre nosotros, lo cual hacía que su trabajo y mi día a día, fueran más sencillos. Esta parte, fue muy importante, además de la confianza mutua.

Estaba muy controlada, aparte de todas las pruebas que requería participar en el estudio, el equipo médico no dudaban en mandarme cualquier prueba complementaria, si el momento así lo requería.

En un ensayo clínico son varias personas las que participan y muchas cosas a tener en cuenta. El papeleo es constante y algo caótico. Difícil de recordar para un paciente que está lleno de preocupación, miedo y síntomas. Esta parte es muy dura, ya que las esperas eran largas y era fácil olvidar algo y tener que volver para que en el departamento de administración te lo dieran de nuevo. Sería bueno crear un sistema de regis-

tro más sencillo para todos, pacientes y administrativos.

No todo fue un camino de rosas, los efectos secundarios aparecieron y complicaban el avance del estudio. Los niveles de las analíticas comenzaron a salir de los rangos establecido por el estudio y, finalmente, tuve que salir del mismo para adaptar mi tratamiento a mis condiciones en ese momento.

Hay una parte en este tipo de ensayos, que queda olvidada. Los pacientes y sus sentimientos. Sería bueno, que se hicieran grupos de apoyo con otros pacientes para poder intercambiar sensaciones, sentimientos, ideas... y, que toda esta información se tuviese en cuenta para futuros estudios. Muchas veces no sabes poner palabras a lo que te ocurre o simplemente, lo obvias porque no te parece importante. Hablar con otras personas que están pasando por lo mismo te ayuda a llevar mejor el día a día y darte cuenta de todas estas cosas.

A pesar, de los momentos duros que hubo, mi valoración sobre esta participación es muy positiva. Agradezco a todas las personas implicadas, su actitud, su apoyo, las facilidades que me dieron. A día de hoy, espero poder seguir participando en ensayos clínicos. Es mi esperanza y la de todos los enfermos de cáncer. ☺

¡¡ASÓCIATE!!

a la Sociedad Española de Enfermería Oncológica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

¿Por qué?

- ◀ Porque juntos podemos contribuir a mejorar el desarrollo de nuestras competencias en los tres pilares fundamentales de la profesión: asistencial, docente e investigador.
- ◀ Porque somos una sociedad científica activa y comprometida con la formación de los profesionales en enfermería oncológica.
- ◀ Porque unificar criterios de actuación y compartir nuestros conocimientos y habilidades, proporcionará a nuestros pacientes las mejores prácticas en cuanto a cuidados de enfermería oncológica.
- ◀ Porque colaboramos con otras sociedades científicas, asociaciones de pacientes, y otros grupos que quieran promover iniciativas de divulgación sanitaria sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y supervivencia en el cáncer.
- ◀ Porque fomentamos la investigación, las publicaciones y la presencia de los profesionales en reuniones científicas, sociales o políticas que tengan que ver con la enfermería oncológica.
- ◀ Porque queremos ser una sociedad de profesionales capaces de responder a las demandas de una atención más justa y segura de los pacientes con cáncer participando activamente en la política institucional sanitaria. Porque unidos lucharemos por el futuro de la especialidad en la enfermería oncológica.

¿Qué te proporciona la SEEO?

- ◀ Descuentos en cursos y congresos organizados por la SEEO.
- ◀ Fondos Bibliográficos.
- ◀ Página web www.seeo.org con un Foro de debate.
- ◀ Guías de práctica clínica.
- ◀ Grupos de Trabajo en los que poder integrarte y colaborar con otros profesionales para el desarrollo de nuestra profesión.
- ◀ Una revista propia donde publicar las colaboraciones de vuestros trabajos que nos permiten estar al día en los avances de la Enfermería Oncológica.
- ◀ Cursos on-line.

Sociedad Española de Enfermería Oncológica
www.seeo.org

Boletín de Suscripción

Nombre y Apellidos _____

D.N.I. _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____ País _____

Servicio y Centro de Trabajo _____

Forma de pago

La cuota semestral de 25 euros será abonada a través de la cuenta bancaria:

Banco/C.A. _____

Nº de cuenta:

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____

NOMBRE DEL TITULAR _____

Firma



La revista "Enfermería Oncológica" ha adquirido el compromiso de promover y difundir información científica relevante acerca de la Teoría, la Práctica Asistencial, la Investigación y Docencia de esta rama de la ciencia enfermera. Los objetivos de esta publicación periódica, que es el órgano de expresión de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, son:

- Estimular la mejora continua de la calidad de la práctica asistencial.
- Reflejar los avances de la especialidad en cualquiera de sus áreas de influencia.
- Reivindicar el reconocimiento de la especialización en Enfermería Oncológica.

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTABLES

"Enfermería Oncológica" publica trabajos originales, artículos de revisión, recopilación u opinión; estudios de investigación, artículos generados como consecuencia de proyectos docentes y demás artículos referentes a Oncología y al campo profesional de la Enfermería que contribuyan al desarrollo de la misma en cualquiera de sus actividades.

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

Los artículos se referirán al marco teórico de la enfermería oncológica o a elementos organizativos y de gestión considerados clave para el desarrollo de la buena práctica clínica y al campo profesional de la enfermería en cualquiera de sus actividades, y constarán de Introducción, Desarrollo, Conclusiones y Bibliografía.

El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto, y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será espacio y medio, a un cuerpo de letra 12 (Times New Roman) ó 10 (Arial), en DIN-A4 con márgenes laterales, superior e inferior de 25 mm.

El texto del manuscrito deberá ajustarse a un máximo de 10 páginas. Las tablas, gráficos, cuadros o imágenes se enviarán aparte del texto debiendo estar numeradas y acotadas según el orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto según proceda, no aceptando más de tres tablas, gráficos, cuadros; y no más de dos fotos o imágenes. Se intentará restringir al máximo el número de abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez.

Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no excederá de 150 palabras y entre 3 y 10 palabras clave, en castellano y en inglés.

La Bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito deberá ir acotada a lo largo del texto, con numeración correlativa mediante números arábigos que se colocará entre paréntesis en el texto, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada. Deberá asimismo estar referenciada en su apartado correspondiente (Bibliografía) según las Normas de Vancouver (última revisión traducción 30/07/2012). http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_Ejemplos_de_referencias.pdf

ESTRUCTURA EN LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Son artículos que plasman los resultados de un estudio relacionado con los cuidados enferme-

ros que aporte nuevos conocimientos sobre un tema concreto, o que confirme o refute hipótesis ya planteadas. Deberán respetar la estructura propia de todo trabajo científico y constarán de:

1. PÁGINA DEL TÍTULO: En la que figurarán el nombre y dos apellidos de los autores, departamento e institución a las que deba ser atribuido el trabajo, y nombre y dirección completa del autor responsable de la correspondencia.

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE: Deberán aparecer en la segunda página. La extensión máxima del resumen será de 250 palabras. Debe de ser comprendido sin necesidad de leer total o parcialmente el artículo. Debe proporcionarse en castellano e inglés y debe aparecer estructurado en los siguientes encabezamientos: Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones.

Las palabras clave se indicarán al pie del resumen, en castellano e inglés. Su número oscilará entre 3 y 10 debiendo utilizarse las incluidas en la lista del Medical Subjects Headings (MeSH) de Index Medicus.

3. INTRODUCCIÓN: Debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo sin profundizar excesivamente en el tema.

4. MATERIAL Y MÉTODOS: Se han de especificar el diseño, la población y la muestra, las variables estudiadas, los instrumentos para la recogida de datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Debe constar expresamente los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.

5. RESULTADOS: Deben ser claros y concisos, iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente con el análisis de los datos obtenidos, sin interpretación de los mismos. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior, se deberá explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones. También se compararán los resultados con otros trabajos similares. No se reflejarán más conclusiones que las que se apoyen directamente en los resultados.

7. AGRADECIMIENTOS: Deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido con cualquier tipo de financiación o ayuda, siempre que sea pertinente y ocupando un máximo de 5 líneas.

8. BIBLIOGRAFÍA: Las citas bibliográficas deberán ir acotadas a lo largo del texto, con numeración correlativa mediante números arábigos que se colocarán entre paréntesis en el texto, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada. Deberán estar referenciadas según las Normas de Vancouver (última revisión traducción 30/07/2012).

http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_Ejemplos_de_referencias.pdf

9. TABLAS Y FIGURAS: El contenido de este apartado se ajustará a lo indicado con anterioridad en el punto Normas Generales para la Presentación de Artículos.

En el caso de investigaciones de corte cualitativo, la estructura puede requerir modificaciones

con respecto a la expresada anteriormente, debiendo adecuarse a los requisitos de este tipo de abordajes.

SECCIONES

EDITORIALES: Artículos de opinión que versarán sobre aspectos de especial interés para la enfermería oncológica por su trascendencia o actualidad. Su elaboración será siempre por encargo expreso del Comité Editorial.

REVISIONES DE LA LITERATURA: Trabajos de recopilación y revisión de la bibliografía más actualizada sobre un tema determinado, y en las que los autores efectuarán un ejercicio de comparación e interpretación aportando su propia experiencia. La estructura del artículo comprenderá Introducción, Desarrollo, Conclusiones y Bibliografía utilizada.

CASOS CLÍNICOS: Trabajos descriptivos de uno o varios casos relacionados con la práctica clínica enfermera oncológica, en los que a partir de una situación concreta se describirá al proceso de atención de enfermería. La estructura debe incluir una Introducción, Descripción de cada parte del proceso enfermero desarrollado, Discusión y Conclusiones y Bibliografía empleada.

PROCESO EDITORIAL

Enfermería Oncológica acusará recibo de todos los artículos que le sean remitidos. Los artículos serán sometidos a valoración por el equipo editorial y por evaluadores externos, intentando que el proceso no supere los seis meses. El Comité Editorial puede solicitar a los autores las modificaciones oportunas cuando los artículos enviados para revisión no se ajusten a las presentes normas de publicación.

El envío de un artículo a la revista implica la aceptación de las presentes normas de publicación y de la decisión final acerca de la aceptación o rechazo del artículo para publicar.

Los artículos deben ir acompañados de fotografías digitalizadas y originales (libres de derechos de difusión o con el permiso necesario para reproducir instantáneas de personas, entidades o instituciones), con un tamaño aproximado de 10 x 15 cm. Igualmente irán referenciadas en el texto y con pie de foto para la comprensión del mismo. La Sociedad Española de Enfermería Oncológica declina cualquier responsabilidad de la no veracidad de la fuente bibliográfica expresada por el autor y en el caso de que estén protegidas con copyright.

La Dirección y Redacción de Enfermería Oncológica no se responsabiliza de los conceptos, opiniones o afirmaciones sostenidas por los autores en sus trabajos.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Los trabajos serán remitidos:

- En versión papel a:
Revista "Enfermería Oncológica",
Apartado de Correos 21059,
28080 Madrid.
- En versión electrónica a:
www.seeo.org
→ contactos
→ publicaciones



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

www.seeo.org