



Vol. 17 - N°3. Agosto 2015

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, 20 de agosto de 2015

SEEO

La SEEO responde

NOTICIAS

Ligan el ejercicio en la adolescencia con menor riesgo de muerte por cáncer.

La radioterapia hipofraccionada mejoraría la calidad de vida en pacientes de cáncer de mama.

Dos de cada tres supervivientes de Hiroshima mueren de cáncer.

IV edición
BECA DE INVESTIGACIÓN
EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
PATROCINADA POR HOSPIRA
infórmate

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.

27 A 30 DE MAYO
TARRAGONA 2015

Ampliado plazo de Comunicaciones
hasta el 20 de marzo

Roles Avanzados
en
Enfermería
Oncológica

Salud Bucal
en el
Paciente
Oncológico

Congreso enfermería ...

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

Zaragoza
8-11 de mayo
2013

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

Zaragoza
8-11 de mayo
2013

XIV Congreso Nacional de Enfermería Oncológica

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, Ana Isabel Souto Ramos, Pablo Fernández Plaza, Nieves Gil Gómez. 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: 22€ más gastos de envío.
- Suscripción anual (4 números): 73€ más gastos de envío.

sumario



EDITORIAL. **4** • PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN PACIENTE CON CÁNCER DE CÉRVIX, TRATADO CON BRAQUITERAPIA. **5** • LA SEEO ESTUVO EN... **10** • MANEJO AMBULATORIO DEL DERRAME PERITONEAL MALIGNO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD NEOPLÁSICA AVANZADA. **12** • ENTREVISTA A ÓSCAR FERNÁNDEZ MORENO. **18** • CUIDADOS PALIATIVOS. **20** • NUESTROS COMPAÑEROS DE... **27** • PÍLDORAS COLECCIONABLES. **28** • BREVES. **29** • NOTICIAS DE EUROPA. **30** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **33** • FICHAS QUIMIOTERAPIA. **34** • AGENDA, CONGRESOS Y JORNADAS. **39** • A LA VANGUARDIA. **40** • ¿SABÍAS QUÉ...? **43** • RELATO. **45** • NORMAS DE PUBLICACIÓN. **47**



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



M^a Rosario Moreno.

Editorial



La incidencia de cáncer y el acceso a la información están contribuyendo cada vez más a que los pacientes tengan un papel activo en el proceso de su enfermedad.

Las diferentes terapias cada vez más dirigidas, la medicina alternativa, el boca a boca e internet hacen que el paciente cuando acude a la consulta del médico y de la enfermera quiera saber para poder decidir. Ésto está suponiendo un cambio de paradigma en la manera de abordar a los enfermos. Se ha pasado de un paciente pasivo a uno activo, que además está informado, formado y quiere que se le tenga en cuenta a la hora de escoger el tratamiento.

La educación sanitaria es una de las competencias por excelencia de enfermería, por lo que tenemos un papel fundamental en co-acompañar a los pacientes y dotarlos de las herramientas necesarias para que tomen la riendas de su vida. Y como dijo Jacobs et al, 2005; *“La alfabetización en salud significa algo más que ser capaz de leer los folletos y concertar visitas médicas con éxito. Mejorando el acceso a la información de salud y su capacidad de utilizar esta misma información de manera eficaz por parte de la población, la alfabetización de la salud es fundamental para el empoderamiento de las personas”*.

En mi opinión, el paciente empoderado en todas sus facetas debería ser un reto diario para el profesional. Es un estímulo y una satisfacción poder contribuir en el cuidado y hacerlo partícipe de éste. 📧



PLAN DE CUIDADOS estandarizado en el paciente con cáncer de CÉRVIX, tratado con braquiterapia

Autores: Timoneda Company M. *Enfermera del Servicio de Oncología Radioterápica. Complejo Hospitalario de Navarra.*
Villalgorido Ortín P. *Jefe de Unidad de Calidad Percibida. Servicio de Relación con el Paciente. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea.*
Corcuera Martínez I. *Enfermera. Jefe de Unidad de Enfermería del Servicio de Oncología Radioterápica. Complejo Hospitalario de Navarra.*
González Itarte B. *Enfermera Complejo Hospitalario de Navarra.*

Contacto: M^o Inés Corcuera Martínez. *Servicio de Oncología Radioterápica. Complejo Hospitalario de Navarra.*
Correo electrónico: mi.corcuera.martinez@navarra.es

RESUMEN

La braquiterapia de cérvix es un tratamiento radioterápico endocavitario para tratar el cáncer de cérvix.

Su utilización a nivel del Complejo Hospitalario de Navarra data del año 2008.

La braquiterapia de cérvix conlleva la implantación temporal dentro de la vagina, de unos introductores o guías a través de los cuales son emitidas las

fuentes radioactivas hasta quedar alojadas en el fondo vaginal, en contacto con la lesión tumoral.

Con este tratamiento se consigue administrar una dosis elevada de radiación, irradiando a bajas dosis los tejidos adyacentes.

El objetivo de este trabajo es elaborar un plan de cuidados estandarizados (PCE) de enfermería para garantizar una

atención integral e individualizada, unificar criterios de actuación y garantizar la máxima seguridad en el cuidado de estos pacientes.

Palabras clave: plan de Cuidados de Enfermería, Braquiterapia de cérvix.

ABSTRACT

Cervical Cancer Brachytherapy is an endocavitary radiotherapeutic treatment for cervical cancer.

It has been used at the Navarra Hospital Complex since 2008.

Cervical Brachytherapy involves the temporary placement of applicators inside the vagina, through which the radioactive energy is sent into the interior end of the

vagina where it remains in contact with the tumor.

This treatment allows the administration of a high dosis of radiation to the tumor, with such precision, that the level of radiation reaching any adjoining tissue is greatly reduced.

The aim of this work is to establish and disseminate the idea of a standardised care plan for cervical cancer patients

undergoing Brachytherapy, the criteria of this plan being unified and based on scientific evidence, assuring that the attention these patients receive, is of the utmost quality.

Keywords: nursing Care Plan, Cervical Brachytherapy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo y el quinto de todos los cánceres. Aparecen aproximadamente 500.000 casos nuevos al año en todo el mundo. La edad media de diagnóstico es de 48 años aunque el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Sólo el 10% de los diagnósticos se hace en mujeres de más de 65 años.

En los países desarrollados su frecuencia ha disminuido drásticamente en las últimas décadas. En los países del tercer mundo, el cáncer de cérvix es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, por delante incluso del cáncer de mama¹.

El agente causal principal² es la transmisión sexual del HPV (virus del papiloma humano), aunque entre otros factores de riesgo son: el tabaco, el uso prolongado

de anticonceptivos hormonales orales, la promiscuidad sexual, la inmunosupresión, la multiparidad, el inicio temprano de las relaciones sexuales...

El tratamiento del cáncer de cérvix depende del estadio, el tipo de cáncer, la localización exacta, la edad de la paciente, su estado físico general, etc... y se basa en la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

En cuanto a la radioterapia, ésta puede ser externa o interna (braquiterapia). En contraste con la radioterapia externa, en la que los rayos X de alta energía se dirigen al tumor desde fuera del cuerpo, la braquiterapia de cérvix requiere la implantación dentro de la vagina y del útero de unos aplicadores o guías, a través de los cuales son emitidas las fuentes radioactivas hasta quedar alojadas en el fondo vaginal (*figura 1*).

La braquiterapia de cérvix es el tratamiento complementario de la radioterapia

externa en pacientes con tumores localmente avanzados mayores de 4 cm, con infiltración parametrial o de vagina distal (paciente tipo).

Desde octubre de 2008, en el Complejo Hospitalario de Navarra, se vienen realizando tratamientos de Braquiterapia.

La paciente va a recibir el tratamiento de braquiterapia en dos ingresos donde se administran dos sesiones de braquiterapia con al menos 12 horas de diferencia en cada sesión. Entre un ingreso y otro transcurren unos 7 días. En ambos ingresos, la paciente recibe los mismos cuidados de enfermería.

La precisión de la braquiterapia permite una dosis alta de radiación dirigida al cérvix, minimizando al mismo tiempo la exposición a la radiación de los tejidos y órganos adyacentes³.

Los pacientes que reciben braquiterapia, tienen que hacer menos visitas al



Figura 1.

PREPARACIÓN PREVIA A LA BRAQUITERAPIA DE CÉRVIX	
1	Al ingreso, aplicar el Procedimiento de identificación y acogida del paciente en la Unidad de Hospitalización.
2	Proporcionar apoyo emocional a la paciente y familia.
3	Comprobar que la paciente esté en ayunas y que se ha administrado un enema cassen el día previo a la braquiterapia y a las 7 horas del mismo día en su domicilio.
4	Colocar medias compresivas antes del tratamiento.
5	Aplicar el Procedimiento de Atención Preoperatoria. Como excepción a este procedimiento, en Radioterapia se le colocará la vía venosa periférica y se le administrará el tratamiento antibiótico prescrito, de forma que la medicación endovenosa o subcutánea se administrará siempre post-implante en la Unidad de Hospitalización. El apósito protector de sacro también se colocará en Radioterapia.
6	Excepcionalmente, si la paciente ingresa el día previo a la braquiterapia, no administrar ningún tratamiento por vía endovenosa o subcutánea a excepción de la insulina.
CUIDADOS POSTERIORES A LA BRAQUITERAPIA DE CÉRVIX	
7	Aplicar el Procedimiento de Atención Postoperatoria en la Unidad de Hospitalización.
8	Proporcionar los cuidados de la sonda vesical.
9	Proporcionar los cuidados del catéter venoso periférico.
10	Vigilar signos de hemorragia vaginal.
11	Valorar las características del dolor y la eficacia de la analgesia.
12	Mantener a la paciente en posición continua obligatoria en decúbito supino sin movilizar la pelvis. No elevar la cabecera ni para la ingesta; se puede colocar una segunda almohada debajo de la cabeza y un empapador o toalla pequeña enrollada debajo de las rodillas. Asegurarse de que la paciente está cómoda dentro de sus posibilidades.
13	Proporcionar ayuda con la higiene y la alimentación hasta que la paciente sea capaz de asumir los autocuidados.
14	Aplicar el Procedimiento de prevención de las úlceras por presión. Comprobar que en el Servicio de Radioterapia se haya colocado un apósito almohadillado en la zona sacra.
15	Vigilar signos y síntomas de trombosis venosa profunda e indicar a la paciente que movilice las extremidades inferiores, sin movilizar la pelvis.
16	Vigilar, una vez por turno, que los fiadores de las guías permanecen en el lugar en que se han colocado y que no se han doblado.
17	Iniciar tolerancia progresiva a dieta oral astringente: dieta líquida astringente en la merienda, blanda astringente en la cena y dieta normal astringente para el día siguiente.
18	Al alta, retirar sonda vesical por orden médica. Valorar la primera micción espontánea.
19	Registrar en todos los casos los cuidados realizados.

Tabla 1. Agenda de actividades de enfermería.

centro hospitalario en comparación con los que reciben radioterapia externa, y el tratamiento se recibe de forma ambulatoria o con un ingreso hospitalario de una noche. Esto hace que este tratamiento sea accesible e interfiera menos en la vida diaria de dichas pacientes.

El objetivo de la braquiterapia de cérvix es administrar un tratamiento radioterápico local a dosis elevadas de irradiación en un volumen tumoral muy bien definido, irradiando a baja dosis los tejidos adyacentes, mediante la implantación dentro de la vagina y el útero de unos aplicadores o guías a través de los cuales son emitidas las fuentes radiacti-

vas hasta quedar alojadas en contacto con el cérvix y la cavidad uterina, así como el fondo vaginal.

Los resultados del tratamiento han demostrado que las tasas de curación de cáncer con la braquiterapia son comparables a la cirugía y la radioterapia externa, o mejoran cuando se utiliza en combinación con estas técnicas⁴.

La paciente con cáncer de cérvix requiere una atención multidisciplinar, integral e individualizada, es por ello que nuestro objetivo ha sido elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado dirigido a las pacientes diagnosticadas de cáncer

de cérvix y que son sometidas a un tratamiento de braquiterapia.

Los Planes de Cuidados Estandarizados (PCE) son protocolos específicos de cuidados que proporcionan unas directrices al personal de enfermería y resultan apropiados para los pacientes que padecen los problemas habituales o predecibles asociados a un determinado diagnóstico o proceso patológico⁵.

La finalidad de este plan de cuidados es la de unificar criterios de actuación estableciendo una base de trabajo con metodología enfermera, ayudar a garantizar una continuidad asistencial para

el paciente y potenciar el rol autónomo enfermero dentro del equipo asistencial⁶.

MATERIAL Y MÉTODOS

El procedimiento que se ha seguido para la elaboración del Plan de cuidados incluye las siguientes fases:

1. Constitución de un grupo de trabajo.

Para llevar a cabo este plan de cuidados se constituyó un grupo de trabajo compuesto por la Jefe de Unidad, profesionales de enfermería de la Unidad y Oncólogos radioterápicos.

2. Instauración de unos criterios comunes.

Antes de abordar la elaboración del Plan de cuidados, se establecieron unos criterios comunes desde la dirección del centro, en cuanto a la metodología que se iba a emplear, el modelo de cuidados y el lenguaje a utilizar.

2.1. Adopción del modelo de cuidados.

Para elaborar planes de cuidados es imprescindible la elección de un modelo de enfermería. En nuestro hospital el modelo elegido es el modelo conceptual de Virginia Henderson⁷.

2.2. Identificación de las situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras según el modelo biofocal de L. Carpenito.

Según L. J. Carpenito las enfermeras son responsables de tratar dos tipos de juicios clínicos; diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. La diferenciación entre ambos tiene interés para determinar la responsabilidad de enfermería en el tratamiento de cada problema⁸.

2.3. Lenguaje a utilizar.

Necesidad	Dato de valoración	Diagnóstico de enfermería	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
Ocuparse/ Realizarse	Angustia/nerviosismo y/o manifestaciones fisiológicas	Ansiedad r/c amenaza de cambio en el estado de salud e ingreso hospitalario	Nivel de ansiedad	Desasosiego. Inquietud	Cuidados de enfermería al ingreso. Disminución de la ansiedad	1, 2, 3
Seguridad/ Protección	Preparación quirúrgica	Riesgo de protección ineficaz r/c pre-procedimiento quirúrgico	Preparación antes del procedimiento	Estado de restricción de la ingesta y estado de preparación intestinal	Preparación quirúrgica	3, 5, 6
Seguridad/ Protección	Efectos post-anestesia	Riesgo de protección ineficaz r/c post-procedimiento quirúrgico	Estado de recuperación posterior al procedimiento	Constantes. Náuseas. Vómitos	Cuidados postanestesia	7, 8, 16
Seguridad/ Protección	Catéter venoso periférico y catéter urinario	Riesgo de infección r/c catéter urinario y catéter venoso periférico	Severidad de la infección	Fiebre, dolor, hipersensibilidad. Piuria, colonización, urocultivo	Cuidados del catéter urinario. Mantenimiento dispositivos de acceso venoso	8, 9
Seguridad/ Protección	Restricción cambios de posición	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c restricción cambios de posición	Integridad tisular: piel y mucosas	Piel intacta y lesiones cutáneas	Prevención de las úlceras por presión.	14
Movimiento/ Postura	Totalmente dependiente para actividades de vida diaria r/c restricción de movimientos	Déficit de autocuidado: alimentación - baño/higiene	Autocuidado: comer Autocuidado: higiene	Finaliza una comida. Mantiene una apariencia pulcra	Ayuda con los autocuidados: alimentación	13
Sistema		Finaliza una comida	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
Nervioso		Dolor	Nivel de dolor	Dolor referido. Expresiones faciales de dolor	Manejo del dolor	11
Excreto		Metrorragia	Severidad de la pérdida de sangre	Metrorragia. Disminución de la presión arterial	Control de hemorragias	10, 12, 16
Circulatorio		Trombosis venosa profunda	Perfusión tisular: periférica	Temperatura extremidades inferiores caliente. Edema periférico. Dolor localizado	Cuidados preventivos del embolismo periférico	4, 15
Urinario		Retención urinaria tras retirada sonda vesical	Eliminación urinaria	Cantidad de orina. Micción frecuente	Manejo de la eliminación	18

Tabla 2. Plan de cuidados estandarizado: braquiterapia de cérvix.

Para el enunciado de los problemas con resolución independiente por parte de las enfermeras, se decidió utilizar la Taxonomía diagnóstica de la NANDA⁹ y para el enunciado de los problemas interdependientes utilizar la terminología médica. Se identifican los resultados que se quieren conseguir con sus indicadores según la taxonomía NOC¹⁰ y las intervenciones más significativas según la taxonomía NIC¹¹, detallándose las actividades e interrelacionándose las tres taxonomías¹².

3. Presentación al equipo de la unidad y puesta en práctica.

Una vez elaborado y consensuado, el PCE se presenta al personal de la unidad para su implementación en la práctica.

RESULTADOS

Se pone en práctica el PCE que se ha elaborado, mediante una agenda de actividades de enfermería (*tabla 1*) que posteriormente se incorpora al programa informático del hospital. El PCE está compuesto por (*tabla 2*): 6 diagnósticos

de enfermería, 4 problemas interdependientes, 11 resultados NOC y 13 intervenciones NIC que en la práctica suponen 19 actividades potenciales.

DISCUSIÓN

El plan de cuidados propuesto ha facilitado y optimizado la labor asistencial del personal de enfermería, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica y ofreciendo al paciente una atención integral y personalizada. ☺

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española Contra el Cáncer AECC. Sobre el cáncer: cáncer de cérvix. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/Cancerdecervix/Paginas/incidencia.aspx>.

2. Ortiz Serrano R., Uribe Pérez C. J., Díaz Martínez L. A., Dangond Romero Y. R. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2004; vol.55 (nº 2): 146-160.

3. <https://www.aboutbrachytherapy.com/en-us/health/cancers/cervical-cancer/Pages/treatment-comparison.aspx>

4. Guinot J. L., Lanzós E., Muñoz V., Polo A., Ramos A. *Guía de Braquiterapia*. Madrid: Medical Practice Group; 2008.

5. Carpenito L. J. *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana; 2004.

6. Fernández Ferrín C., Novel Martí G. *El proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos*. Barcelona: Masson, S.A.; 1999.

7. Raile Alligood M., Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª. ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

8. Carpenito L. J. *Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2003.

9. Nanda International. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. Barcelona: Elsevier; 2011.

10. Johnson M., Maas M., Moorhead S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)*. 2ª. ed. Madrid: Elsevier; 2003.

11. McCloskey J., Bulechek G. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. 3ª. ed. Madrid: Elsevier; 2003.

12. Johnson M., Moorhead S., Bulechek G., Howard B., Maas M., Swanson E. *Vínculos de NIC y NOC a NANDA-I y diagnósticos médicos*. 3ª. ed. Barcelona: Elsevier; 2012. Alfaro-LeFevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona: Masson, S.A.; 2003.



Congreso Nacional de la Sociedad *La SEEO estuvo en...* Española de Enfermería Oncológica



Durante los días 27 al 30 de Mayo del pasado mes de Mayo se celebró en Tarragona el **Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica** con el lema "Roles avanzados en Enfermería Oncológica" y al que asistieron casi cuatrocientos profesionales para compartir conocimientos y dialogar sobre el avance de la enfermería oncológica.

La conferencia inaugural la impartió el **Dr. Nicolás Olea Serrano**, Director Científico del Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada que nos habló de su investigación sobre los disruptores endocrinos más frecuentes, sustancias que pueden alterar el sistema hormonal,

disminuir la fertilidad o provocar cáncer, entre otros efectos. Nos ha explicado que se deben evitar, por ejemplo, los ftalatos (que se añaden a los plásticos para dotarlos de flexibilidad), los parabenos (usados para ampliar la caducidad de productos cosméticos), las benzofenonas (incluidas en los filtros ultravioleta) o el teflón de las sartenes y nos ha recordado que dado que no se puede eliminar todo lo ideal es reducir la exposición.

Se llevaron a cabo varias mesas plenas con aportaciones importantes sobre los roles de la enfermería en la atención oncológica en el siglo XXI, las terapias complementarias, la última evidencia en intervenciones enfermeras, la gestión

clínica, la investigación o el abordaje psicológico. En las mesas temáticas desarrollaron unas 40 comunicaciones y se presentaron casi 150 pósters con temas como las TICS, la seguridad clínica y calidad de vida, el tratamiento de soporte o la enfermería en el proceso de atención al cáncer.

Agradecemos también la colaboración de los Laboratorios Farmacéuticos que participaron con varios simposiums y talleres de temas diversos que resultaron muy interesantes ya que fueron acogidos con gran participación de congresistas. También se impartieron talleres desde la SEEO sobre como presentar un proyecto de investigación, el reiki o el mindfulness que superaron las expectativas ya que



fue imposible abarcar a todos los congresistas interesados.

La conferencia de clausura fue impartida por **Paz Fernández Ortega**, Enfermera Coordinadora de Investigación en Enfermería en el ICO de Barcelona, Badalona y Girona y nos habló sobre la evolución y las perspectivas futuras de los nuevos roles de la enfermería oncológica pero también de los nuevos retos como puede ser la enfermera especialista y cual sería su perfil.

Por último se realizó la entrega de premios patrocinados como siempre por HOSPIRA, que este año debido a la gran calidad de las comunicaciones presentadas se ha ampliado con un doble tercer premio. Los premiados han sido:

1º Premio a la mejor comunicación oral

“Relación entre la ansiedad padecida en la fase pre-trasplante con las posibles complicaciones en la fase post-trasplante (rechazo agudo e infecciones agudas), en pacientes

inmunodeprimidos” Ylenia Aljama. Oncología Médica del Parc de Salut Mar. Barcelona

2º Premio a la mejor comunicación oral

“Análisis del impacto de la creación de una página web en el servicio de oncología médica del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda” Marta Méndez. Ensayos Clínicos. Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid

3º Premio a la mejor comunicación oral

“Calidad de vida relacionada con la salud en personas diagnosticadas de cáncer en tratamiento con quimioterapia sistémica ambulatoria” Ainhoa Ulibarri. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gastéiz

“Walkrounds: nuevas estrategias de mejora en el seguridad del paciente”

Sandra Cabrera. Investigación en Cuidados. ICO Badalona-Girona

1º Premio al mejor póster

“Intervención de enfermería en pacientes con neuropatía inducida por quimioterapia: protocolo de actuación” Antonia Miranda Ruiz. Casanova Espinosa, M. Aguilar Carmona, S. Ruiz Hernández, C. Martínez Arcos, C. Cano Sánchez, R. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

Premio al mejor artículo de la revista de la SEEO, año 2014

“Análisis de los beneficios de la radioterapia en el tratamiento de la trocanteritis. Un enfoque enfermero”. Autores: Alba Huguet Oranies, Irene Carruesco Crespo, Anna Rodríguez García, Jordi Solà Vila. Servicio de Oncológica Radio-terápica. Hospital Clínic de Barcelona. Gracias a todos los que habéis asistido por vuestro apoyo y colaboración, esperamos volver a veros pronto en el próximo evento de la SEEO. 📄



Manejo ambulatorio del DERRAME PERITONEAL MALIGNO en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada. Cuidados de enfermería

Autora: Iranzu Zudaire Fernández y Ana María Palacios Romero
Diplomadas Universitarias de Enfermería. Hospital de Día de Oncología, Complejo Hospitalario de Navarra.

Contacto: iranzuestella1979@hotmail.com

RESUMEN

La diseminación abdominal en neoplasias avanzadas puede provocar complicaciones de tipo maligno como la ascitis que se asocian a morbilidad y mortalidad significativas.

Existen diversas opciones terapéuticas para el tratamiento del derrame peritoneal maligno. Los profesionales de enfermería como miembros integrantes del equipo multidisciplinar debemos conocer

y manejar dichas técnicas para plantear una opción personalizada y proporcionar así una atención integral. Es necesario manejar los síntomas y ofrecer apoyo y educación a lo largo de la trayectoria de la enfermedad tanto al paciente como a su entorno, incentivando la participación activa en el cuidado de su salud.

El objetivo del tratamiento de las neoplasias avanzadas es prolongar la supervivencia, controlar los síntomas y proveer

de la mejor calidad de vida posible, haciendo que los pacientes permanezcan en el domicilio el mayor tiempo posible.

Palabras clave: ascitis (DeCS), atención de enfermería (DeCS), cuidados paliativos (DeCS), asistencia ambulatoria (DeCS).

ABSTRACT

The abdominal dissemination in advanced malignancies can cause malignant type complications such as ascites, directly associated with significant morbidity and mortality.

Several therapeutic options exist for the treatment of malignant peritoneal effusion. Nurses as members of multidis-

ciplinary teams must understand and manage these techniques to plan a customized option and give comprehensive care to patients. It is necessary managing the symptoms and give support and education to the patient and his environment during the course of the disease, encouraging their active participation in their health care.

The goal of treatment of advanced tumors is to prolong survival, control symptoms and provide the best quality of life, causing patients to remain at home as long as possible.

Word Keys: ascites, nursing care, palliative care, ambulatory care.

INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Española de Oncología Médica, *“la mejora en la atención de los enfermos con cáncer es uno de los retos que tiene planteados la Sanidad Española. Los instrumentos para responder a las necesidades de los enfermos y sus familiares deben focalizarse en el control de síntomas, la información y la comunicación. Para que ésto pueda llevarse a cabo de forma coordinada, hace falta un equipo multidisciplinar con formación adecuada y acreditada, que puedan proporcionar atención integral física, manejo de los síntomas y ofrecer apoyo y educación a lo largo de la trayectoria de la enfermedad tanto al paciente como a su entorno, proporcionando la mejor calidad de vida posible”*. Los “Cuidados Continuos” que en la Oncología encarnan un nuevo concepto de la asistencia, es la atención integral del enfermo en todos los aspectos vitales y a lo largo de toda su enfermedad¹.

Los profesionales de enfermería, como miembros integrantes del equipo multidisciplinar, además de proporcionar

atención integral física y manejo de los síntomas, son llamados a proporcionar apoyo y educación a lo largo de la trayectoria de la enfermedad tanto al paciente como a su entorno.

La diseminación abdominal en el cáncer avanzado puede provocar complicaciones de tipo maligno como la ascitis que se asocian con morbilidad y mortalidad significativas. Existen diversas opciones terapéuticas cuya idoneidad dependerá de la velocidad de reaparición del derrame, las características del paciente y la severidad de los síntomas y requieren un manejo altamente especializado. La enfermera oncológica debe estar entrenada en las diferentes opciones de tratamiento con el objeto de informar, aconsejar y orientar a los pacientes y cuidadores sobre ellas para incentivar la participación activa en el cuidado de su salud.

Se debe considerar que conseguir que los pacientes con cáncer avanzado permanezcan el mayor tiempo posible en su hogar implica que mantengan su intimidad, su rol social y familiar, el control

sobre la distribución de su tiempo y les ofrece la oportunidad de finalizar asuntos pendientes en un entorno más favorable. El enfermo y su familia necesitan ser alentados y habilitados en el manejo de los cuidados específicos que se derivan de su situación para conseguir una calidad de vida aceptable².

ASCITIS MALIGNA

El acúmulo de líquido en la cavidad peritoneal definido como ascitis, es una entidad patológica presente en pacientes con alteraciones hepáticas así como en pacientes oncológicos. Si las células malignas se identifican en el líquido peritoneal, se denomina *ascitis maligna*, siendo una manifestación de enfermedad avanzada, asociada con morbilidad significativa³.

Su incidencia aunque no está bien documentada, varía del 10 al 50% y en la mayoría de los casos se asocia a una fase terminal del cáncer de ovario, mama, gástrico, hepático, pancreático y colon pero también del linfoma, mesotelioma y cáncer de origen desconocido^{4, 5, 6}.

(Imagen 1)



Imagen 1. RX de abdomen: cámara de neumoperitoneo y ascitis abundante.

A. Etiología

La fisiopatología es multifactorial y está todavía incompletamente estudiada.

Ateniéndonos a revisiones de la literatura, resulta comprobado el hecho de que la ascitis maligna está acompañada de altos niveles de factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y la angiogénesis promovida por este factor está asociada con la acumulación de fluido en las efusiones tumorales⁶.

Además de otras clasificaciones, la ascitis se puede subdividir según el contenido de proteínas que contenga en *trasudado* (pobre en proteínas: < 20 g/l de albúmina) o *exudado*, (rico en proteínas: > 30 g/l de albúmina) dependiendo del desequilibrio entre las funciones de absorción y secreción y de la cantidad de proteínas que contenga el líquido de ascitis^{6, 7, 8}.

Existen otras causas que pueden producir derrame peritoneal en el enfermo oncológico y deben ser consideradas: enfermedad hepática subyacente avanzada con hipertensión portal, trombosis venosa portal, insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome nefrótico, pancreatitis, obstrucción venosa hepática y perforación intestinal⁷.

B. Manifestaciones clínicas

La intensidad y variabilidad de los síntomas dependerán de la cantidad de líquido acumulado en el abdomen. Es probable que el paciente presente dolor provocado por la distensión abdominal y edema en zona inguinal y en extremidades inferiores. Debido a la elevación del diafragma pueden aparecer: reflujo gastroesofágico; síndrome de compresión gástrica como náuseas, vómitos y saciedad temprana; se pueden acompañar de disminución de la capacidad ventilatoria, ortopnea, disnea⁶. Además, es posible que se asocien problemas relacionados con la imagen corporal y una movilidad reducida⁹.

C. Diagnóstico

El diagnóstico fundamentalmente se establece por la clínica: aumento del

perímetro abdominal, aumento de peso en los últimos días, edemas y síntomas asociados a la elevación diafragmática. A la palpación y percusión del abdomen está presente el "signo de la ola"³. Se puede realizar una ultrasonografía si el examen físico no es concluyente^{3, 6}.

La paracentesis diagnóstica nos revelará las características del líquido extraído para su filiación. Su estudio será determinante para conocer si la ascitis es maligna.

La ecografía abdominal está indicada si se va a realizar una punción en ascitis tabicada o si, persistiendo la clínica, la paracentesis no ha sido exitosa^{3, 6}.

D. Tratamiento

La existencia de células neoplásicas en el líquido ascítico tendrá implicaciones en cuanto al enfoque terapéutico, adoptándose desde actitudes agresivas hasta las más frecuentemente paliativas.

Hasta el momento no hay ninguna pauta estandarizada basada en evidencia⁹. En el caso de enfermedad avanzada, nuestra actuación debe ser lo menos invasiva posible: todas las opciones terapéuticas se dirigen al control y alivio de síntomas. Las metas de la atención de enfermería son el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico, las medidas de confort y el reconocimiento temprano de las complicaciones para mejorar la calidad de vida del enfermo y familia en esta etapa final de la vida^{4, 10}.

La quimioterapia sistémica se empleará si el estado del paciente lo permite.

1. Diuréticos

Los diuréticos son empleados habitualmente, pero según una revisión sistemática de los tratamientos empleados en la ascitis maligna efectuada por Becker, se evidenció que el uso de furosemida y espironolactona consigue una modesta eficacia y ocasiona posiblemente alteraciones en la función renal y en los iones plas-

máticos. Por lo tanto, su utilización se debe evaluar individualmente en cada paciente⁹.

Los pacientes con derrame peritoneal debido a la metástasis hepática masiva parecen responder más a los diuréticos que los pacientes con ascitis malignas causadas por carcinomatosis peritoneal o ascitis quilosa. (Grado de recomendación: D)⁹.

2. Paracentesis evacuadora

La paracentesis de gran volumen es el medio más común de gestión de la ascitis refractaria¹¹. Es un procedimiento sencillo, seguro y rápido que se emplea cuando el paciente está sintomático y cuya finalidad es la extracción de líquido abdominal que no se puede eliminar con otros tratamientos. Es la técnica de elección de la ascitis a tensión y nos permite además obtener muestras para su análisis⁵.

La técnica habitualmente se realiza con carácter ambulatorio por parte del oncólogo y la enfermera, de forma aséptica y habiendo informado previamente al paciente.

Precauciones y consideraciones

Indicada en pacientes con síntomas de aumento de la presión intrabdominal. En la mayoría se produce un alivio importante aunque temporal de los síntomas al drenar hasta 5 litros (Grado de recomendación: D)⁹.

En opinión de los expertos, cuando se realiza una paracentesis con evacuación de más de 5 litros se debe monitorizar los signos vitales antes y durante el procedimiento cada 15 – 30 minutos en la primera hora y reducir a cada hora si se mantiene la estabilidad cardiovascular. (Nivel IV)¹².

En el caso de paciente hipotenso, deshidratado o con función renal alterada, si se indica la paracentesis, se debe considerar la hidratación intravenosa aunque la terapia de infusión no está suficientemente estudiada. No hay ninguna evidencia de eficacia con infusiones de albúmina y/o sueroterapia concurrente en pacientes con ascitis malignas. (Grado de recomendación: D)⁹. *Tampoco hay consenso sobre la*



Imagen 2. Catéter peritoneal tunelizado.

velocidad de evacuación del líquido peritoneal. (Nivel IV)¹².

Como desventajas citaremos que las paracentesis de repetición implican riesgo de hemorragia e infección, aparición de émbolos pulmonares, pérdida de proteínas por esta vía, hipotensión postural, lesiones viscerales intraperitoneales y desórdenes electrolíticos^{4, 11, 13}.

Procedimiento de enfermería

1. Comprobar que se ha informado al paciente, aclarar sus dudas si es necesario, solicitar su colaboración para realizar la técnica y preservar su intimidad.
2. Toma de constantes vitales antes, durante y después del procedimiento. Apoyar y tranquilizar al paciente durante la intervención, observándolo para detectar signos y/o síntomas de hipovolemia, ansiedad, taquicardia o hipotensión que indicarían alguna complicación temprana.
3. Colaborar en la punción y en la toma de muestras.
4. Vigilar características del líquido y ritmo de salida. Cuantificar la cantidad drenada y anotar el procedimiento e incidencias en registro específico.
5. Verificar que el paciente se encuentra bien antes de recibir el alta domiciliaria.

3. Otras opciones terapéuticas

Con el objeto de evitar las punciones repetidas de la cavidad abdominal y disminuir las continuas visitas al hospital del paciente y familia se han empleado diversas técnicas de colocación de catéteres permanen-

tes o semipermanentes. La literatura describe entre otros las derivaciones peritoneovenosas (LeVeen y Denver), sistemas de puerto peritoneal implantable con reservorio subcutáneo (Celsite®, B-Braun Medical Inc., Bethlehem, PA), drenajes percutáneos permanentes tipo pig-tail y drenajes tunelizados semipermanentes (PleurX®, Cardinal Health Interventional Specialties, McGaw Park, IL)^{7, 14, 15}.
Catéter Peritoneal Tunelizado (TPC) (PleurX®)

En el caso que en los pacientes no se prevea un desenlace a corto plazo y precisen de paracentesis evacuadoras repetidas, se les ofrece la colocación de un catéter tunelizado peritoneal tipo Pleurx®.

Es un tubo fenestrado en su extremo distal colocado en el peritoneo y con el extremo proximal del catéter abocado al exterior. Está especialmente diseñado para que la técnica de drenado la realice el paciente y/o familia en el propio domicilio^{16, 17}.

Se debe asegurar que el drenado se realiza de forma segura, cómoda y eficaz evitando riesgos innecesarios al paciente. Para ello se debe dar información oral y escrita sobre su manejo el día de la implantación, cerciorándonos de su comprensión. Se facilita también apoyo audiovisual. (Imagen 2).

Precauciones y consideraciones en el medio hospitalario

- La técnica la realiza la enfermera de forma estéril¹⁸.
- Se debe disponer del kit de drenaje exclusivo de la casa comercial y no drenar más de 2000 ml¹⁷.
- Si se observan signos de infección, edema o exudado peritubo no iniciar

el drenado y notificarlo al médico responsable. Si el paciente nota dolor durante el procedimiento se debe parar el mismo. Si después de unos minutos no han cedido se debe avisar al médico responsable¹⁸.

- Se retiran los desechos según las normas del centro y se registra el procedimiento y las incidencias. En el domicilio realizarán todos los pasos de forma limpia, siguiendo las instrucciones de la casa comercial.

Observaciones para el domicilio

- No se debe drenar de una vez más de 2000 ml de líquido ascítico.
- Tras el drenado el paciente deberá incorporarse de forma lenta.
- Para desechar el líquido debe cortar la botella por la parte de la goma, tirar el contenido por el WC, descargar tres veces la cisterna y echar lejía.
- Anotar la cantidad drenada y comunicarlo a su médico en la próxima consulta.
- Contactar con las enfermeras del Hospital Día de Oncología si: el catéter se obstruye, el líquido tiene un color diferente a otras ocasiones, no sale más de 50 ml después de 3 drenados consecutivos, presentara signos de infección en la zona de inserción (calor, picor, dolor, hinchazón, enrojecimiento), molestias, hematoma, sangrado o dolor.
- Si se sale accidentalmente el catéter, se daña, tiene fiebre o dolor que no cede, debe acudir a Urgencias.

Se le proporcionará instrucciones de cómo realizar la cura y un teléfono de contacto. (Imagen 3).

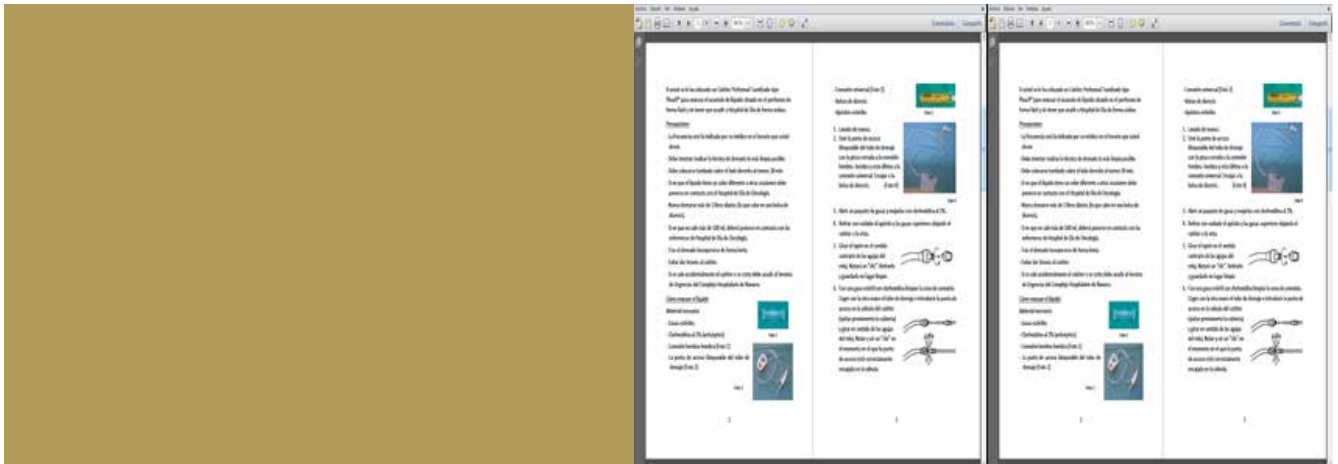


Imagen 3. Detalle de las recomendaciones a pacientes.

4. Complicaciones y desventajas de un catéter permanente

En el metaanálisis elaborado por Fleming et al¹⁰ sobre el manejo de la ascitis refractaria con catéteres intraperitoneales, determina que: dada la variedad de procedimientos, tipos de sondas utilizadas y escasez de referencias a la calidad de vida, a terapias asociadas y a resultados clínicos de los pacientes, no es posible establecer cuál es su gestión eficaz óptima. Concluye que la gestión exitosa de la ascitis refractaria maligna con catéteres intraperitoneales probablemente es multifactorial y depende del tipo de catéter, procedimiento, experiencia del operador y la capacidad del paciente para cuidar el dispositivo. Así mismo, refiere escasas complicaciones asociadas.

Los catéteres de drenaje abdominal no tunelizados se asocian con numerosas complicaciones como una alta tasa de infección (35%), obstrucción (30%) y su salida (20%)¹⁹.

Con respecto al catéter tunelizado PleurX®, la mayoría de los pacientes notifican un buen control de los síntomas y entorno al 85% no presenta ningún problema²⁰ aunque deben contar con el apoyo y la implicación familiar. Las complicaciones más notificadas en la bibliografía, aunque poco numerosas, son la obstrucción o rotura del catéter y la infección¹³.

5. Pronóstico

Según la literatura, desde el diagnóstico de la ascitis los pacientes oncológicos viven entre 2 y 6 meses²¹. Fleming establece, según su revisión bibliográfica, una media de 36 días.

CONCLUSIONES

Los derrames peritoneales malignos en el paciente con enfermedad avanzada deben ser gestionados particularmente y requieren un análisis exhaustivo de las características clínicas y sociosanitarias para ofrecer la mejor opción terapéutica. El tratamiento es paliativo y deben identificarse las necesidades de los enfermos consultando con ellos y respetando sus elecciones, garantizando así una atención de calidad y preservando su autonomía. Debemos enseñarles a ellos y a sus familias a participar activamente en el establecimiento y la consecución de objetivos realistas.

La terapia percutánea se está convirtiendo en el tratamiento de elección para los derrames malignos peritoneales. Las opciones para el tratamiento, incluyen desde la paracentesis evacuadora, procedimiento de bajo riesgo que a su vez proporciona información diagnóstica a la vez que alivio inmediato, hasta la colocación de catéteres tunelizados y sistemas de puerto implantable subcutáneo, cuando la reaparición del líquido no se consigue controlar con la técnica ante-

riormente citada, proporcionando un alivio más duradero de los síntomas. Estas opciones terapéuticas son mínimamente invasivas, bien toleradas y altamente eficaces cuando se usan adecuadamente.

El personal de enfermería posee un papel esencial en prevenir las posibles complicaciones y el abandono familiar. Una buena educación al paciente y su entorno revertirá en un mayor beneficio de su salud.

Las enfermeras del Hospital de Día somos el referente del paciente, Atención Primaria y Unidad de Soporte para manejar el catéter y solventar posibles dudas o necesidades. El proporcionar una atención integral que incluya el manejo de los síntomas, apoyo y educación sanitaria a lo largo de la enfermedad hace que sea posible detectar complicaciones de forma precoz. La implicación de paciente y cuidador facilita el manejo ambulatorio con lo que se consigue espaciar sus visitas al hospital.

En la literatura hemos hallado sobretodo estudios retrospectivos sobre indicaciones, complicaciones y control de síntomas. Para ofrecer una opción personalizada al paciente paliativo se precisan estudios comparativos de calidad de vida entre las diferentes opciones terapéuticas. 📖

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Camps Herrero C., Blasco Cordellat A., Berrocal Jaime A. Los cuidados continuos (Terapia de soporte y cuidados paliativos). En Camps Herrero C., Carulla Torrent J., Casas Fdez. de Tejerina A. M., et al, editores. Manual SEOM de Cuidados Continuos. Madrid: SEOM, Sección de Cuidados Continuos; 2004. p. 35-43.
2. Paice J. A. Care During the Final Days of Life. En Henke Yarbro C, Wujcik D, Holmes Gobel B, editoras. Cancer nursing, principles and practice. 7ª ed. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers; 2011. p.1829-41.
3. Plancarte R., Guillén M. R., Guajardo J. y Mayer F. Ascitis en los pacientes oncológicos. Fisiopatogenia y opciones de tratamiento. RevSocEsp Dolor 2004; 11: 156-62.
4. Cope D. G. Malignant Effusions. En Henke Yarbro C., Wujcik D., Holmes Gobel B., editoras. Cancer nursing, principles and practice. 7ª ed. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers; 2011. p 863-78.
5. Prommer E. E. y Casciato D. A. Complicaciones abdominales, En Casciato D. A. y Territo M. C., editores. Manual de Oncología Clínica. 6ª ed. Barcelona: WoltersKluwer; 2009: 613-22.
6. Guillén Núñez M. R., Plancarte Sánchez R., Reyes Chiquete D., Guajardo Rosas J. y Chejne Gómez F. Manejo Paliativo de la Ascitis en Pacientes Oncológicos. Cancerología 2008; 3: 149-57.
7. Enck E. Malignant ascites. Am J Hosp Palliative Care. 2002; 19: 7-8.
8. Barón Duarte F. J. Derrames: pleural, pericárdico y peritoneal. En Camps Herrero C., Carulla Torrent J., Casas Fdez. de Tejerina A. M., et al, editores. Manual SEOM de Cuidados Continuos. Madrid: SEOM, Sección de Cuidados Continuos; 2004: 309- 22.
9. Becker G., Galandi D., Blum H. E. Malignant ascites: Systematic review and guideline for treatment. Eur J Cancer. 2006; 42: 589-97.
10. Fleming N. D., Alvarez-Secord A., Von Gruenigen V., Miller M. J. and Abernethy A. P. Indwelling Catheters for the Management of Refractory Malignant Ascites: A Systematic Literature Overview and Retrospective Chart Review. J Pain and Sym Man. 2009; 38 (3): 341-49.
11. Covey A. M. Management of Malignant Pleural Effusions and Ascites. J Support Oncol 2005; 3: 169-76.
12. Abdominal Paracentesis: Clinician Information, JBI Database of Evidence Summaries, 6 January 2010.
13. Narayanan G., Pezeshkmehr A., Venkat S., Guerrero G. and Barbery K. Safety and Efficacy of the PleurX® Catheter for the Treatment of Malignant Ascites. J Pal Med 2014; 17(8): 909-12.
14. Monsky W. L., Yoneda K. Y., MacMillan J., Deutsch L. S., Dong P., Hourigan H., Schwartz Y., Magee S., Duffield C., Boak T., Cernilia J. Peritoneal and Pleural Ports for Management of Refractory Ascites and Pleural Effusions: Assessment of Impact on Patient Quality of Life and Hospice/Home. Nursing Care. J Pal Med 2009; 12 (9): 811-17.
15. Inan I., De Sousa S., O Myers P., Bouclier B., Yves Dietrich P., E. Hagen M. and Morel P. Management of malignant pleural effusion and ascites by a triple access multi perforated large diameter catheter port system. World J Surg Oncol. 2008; 6: 85. Disponible en: <http://www.wjso.com/content/6/1/85>.
16. Van Meter M. E., McKee K. Y. and Kohlwes J. Efficacy and Safety of Tunneled Pleural Catheters in Adults with Malignant Pleural Effusions: A Systematic Review. J Gen Intern Med 2010; 26(1): 70-6.
17. Catéter PleurX® [Internet]. McGaw Park, I. L.; [actualizado 9 Dic 2014; citado 15 Dic 2014]. Ficha técnica. Disponible en www.carefusion.com.
18. Warren W. H., Kim A., Liptay M. Identification of clinical factors predicting Pleurx® catheter removal in patients treated for malignant pleural effusion. Eur J CardiothoracSurg 2008; 33: 89-94.
19. LeAnn S. Percutaneous Management of Malignant Fluid Collections. Semin Intervent Radiol 2007; 24:398-408.
20. Courtney A., PA-C, Nemcek A. A., Jr, Rosenberg S., Sean Tutton S., Darcy M., and Gordon G. Prospective Evaluation of the PleurX® Catheter When Used to Treat Recurrent Ascites Associated with Malignancy. J Vasc Interv Radiol 2008; 19: 1723-31.
21. Saiz-Mendiguren R., M. Gómez-Ayechu M., J. J. Noguera J. J., García-Lallana A., Marginet C., Cano D. y Benito A. Drenaje permanente tunelizado de la ascitis maligna: experiencia inicial con el catéter PleurX®. Radiología. 2010; 52(6): 541-45.



Enfermero y Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Profesor Externo de la Universidad Rey Juan Carlos de Alcorcón.



Entrevista a...

OSCAR FERNÁNDEZ MORENO

Ana Isabel Souto Ramos

Óscar, llevas ya 12 años trabajando como enfermero en la planta de Oncología del H.U de Fuenlabrada y 3 como profesor externo universitario, ¿cuál es tu mayor preocupación en relación a nuestra profesión actualmente?

Creo que la enfermería, al menos desde mi realidad, está viviendo una etapa de retroceso. Está cediendo terreno a otros profesionales y parece que su futuro sea la desaparición de la misma como la conocemos ahora, o al menos, vamos abocados a un cambio grande.

¿Por qué opinas ésto? Planteado así no parece una situación muy deseable

Los demás profesionales sanitarios están reclamando su lugar: terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, técnicos, psicólogos y la enfermería va cediendo.

Durante años trabajé como voluntario en Cruz Roja en los ERIE (Equipos de Respuesta Inmediata en Emergencias), en concreto en la ERIE de Apoyo Psicosocial, acompañando a personas, familiares y amigos en momentos de crisis, duelo o estrés psicológico importante. En Madrid viví el 11M acompañando a las familias en el reconocimiento de los cadáveres en el cementerio de la Almudena, en IFEMA... Estuve en los accidentes de Spanair, en los atentados de la T4, en las explosiones

de Leganés, en los incendios de Teruel... incluso viajé con Cruz Roja a Paraguay para realizar tareas de Apoyo Psicológico tras el incendio del Centro Comercial "Ycua Bolaños" donde fallecieron más de 200 personas. A pesar de todo ésto, alguna compañera ha cuestionado que desarrollase una labor que supuestamente es competencia de un psicólogo. Y eso me ha hecho pensar que ¿no nos estamos olvidando, con demasiada facilidad, que debemos estar preparados para el acompañamiento en la muerte del enfermo terminal y en el duelo a la familia? Me sorprende que seamos las propias enfermeras las que desconocemos cuáles son nuestras funciones, para qué nos hemos formado. Hemos entrado en la dinámica de mirar al futuro, de buscar la especialización máxima olvidando la esencia de nuestro trabajo, "cuidar".

¿Crees que puede ser un problema de falta de motivación?

En mi opinión, sí existe un claro problema de falta de valores profesionales y de motivación, tanto profesional e individual como institucional. Parece que un importante número de enfermeras se encuentran muy poco motivadas, lo que genera actitudes de desgana, desvinculación y pérdida de imagen profesional. Es muy común escuchar frases del tipo, "es que toda la vida se

ha hecho así" o "eso no es función mía" o similares... que van en el sentido opuesto a la esencia de nuestra profesión. Resulta determinante que los responsables, los gestores, desempeñen su rol de liderazgo y sean capaces de generar motivación. Aunque, es muy probable que no sea posible incentivar a todos los profesionales.

La institución se olvida de que las enfermeras también somos personas, tan humanas como aquellas a las que atendemos. Cuidar a los profesionales no puede ser algo obviado o como en muchas ocasiones se nos plantea "ya sabías que te enfrentabas a ésto cuando decidiste ser enfermera". La enfermera-persona necesita sentirse atendida y cuidada. "Cuidar al cuidador" siempre ha sido una máxima de nuestra atención profesional pero y ¿cuándo el cuidador es la enfermera?, ¿quién la cuida?, ¿quién la motiva?, ¿quién le dice "sigue adelante, tu trabajo merece la pena"?

Pareces hablar por experiencia propia ¿has vivido esta situación en tu trabajo?

Pues la verdad es que sí. Durante unos 5 años, en nuestro servicio, desarrollamos un proyecto donde trabajamos áreas como la risoterapia y el humor terapéutico. Decorábamos la planta en función de la fiesta que se estuviese celebrando (San Isidro, San Fermín...) y nos vestíamos afines a las mismas. Todos los profesionales del servicio,

estábamos muy implicados y motivados con el proyecto y, todos participábamos en mayor o menor medida. Así mismo, los pacientes, se sentían muy ilusionados con la decoración de la planta y se involucraban con nosotros según su estado de ánimo y/o de salud. Incluso nos hicieron una entrevista en el programa de TV "España Directo". El hospital es un elemento agresivo para el paciente y no es grato visitarlo, sobre todo en nuestra especialidad. Conseguir un espacio para los adultos donde la intensidad de las emociones y los estímulos recibidos no sólo fueran negativos, nos permitía establecer una relación terapéutica diferente y mejoraba la comunicación con el equipo ya que el paciente participaba también en la elaboración de los eventos de la unidad.

Por una situación ajena a nosotros se prohibieron las decoraciones y cesaron también el resto de actividades. Ésto supuso un duro golpe en la moral de los compañeros y el resultado fue el desánimo, la desidia y el trabajar por trabajar. Se rompió el equipo, la unidad que existía desapareció... ¿quién cuida entonces a los profesionales? Todavía, a día de hoy, muchos de nuestros pacientes y familiares nos siguen preguntando por estas actividades.

Y ¿cuál crees tú que es el motivo de esta pérdida de motivación o de interés en nuestra profesión?

Creo que la enfermería necesita un cambio de perspectiva, recobrar su esencia profesional. Yo no soy solamente un profesional que administra medicación y "pone sueros". No veo a la enfermera como algo estático, tengo que saber qué necesita el paciente en cada momento y, a veces, nuestra profesión parece que se limita a cumplir tareas y asumir las menos responsabilidades posibles. Somos las propias enfermeras las que aceptamos esta opción como válida y nos damos por satisfechas cuando no se nos exige nada más. Creo que hemos perdido la parte vocacional de la profesión.

¿Piensas que las nuevas generaciones se encuentran en este punto?

Como profesor externo de cuidados paliativos me encargo de recibir a los alumnos que llegan al hospital y me sorprende, muchas veces, de la información que han recibido en relación a lo que se van a encontrar. Están demasiado centrados

en lo que "no" es tarea suya y, se olvidan que somos los responsables del proceso de cuidados integral y la supervisión de los mismos. Si la enfermera no sabe realizarlos ¿cómo se va a asegurar de que los demás profesionales del equipo los realizan de la manera adecuada? Son jóvenes con gran capacidad de estudio y trabajo, pero aterrizan en el hospital con un desconocimiento importante de lo que implica la enfermedad, de lo que es acompañar y cuidar al paciente; de que la comunicación no es un mero trámite teórico, sino que las palabras son tan útiles, en nuestro trabajo, como los antibióticos.

Llegan con unas expectativas sobre el trabajo de enfermería que muchas veces no se cumplen. Son expertos en técnicas, en diagnósticos de enfermería, en efectos secundarios de la fármacos, pero no en mirar a la persona, entender sus necesidades, priorizar cuidados, atender a la familia como proceso integrativo de los cuidados, no conocen el significado de "holismo".

Aunque, no obstante, son muchos los profesionales que, por suerte, trabajan e investigan para generar evidencia y promocionan sus investigaciones, pero debemos mantener la preocupación en la otra cara de la moneda. Profesionales que recorren pasillos, que gastan suela de "zuecos", que trabajan desde la vertiente humanista con consciencia de dónde se encuentran... esos son los que mantienen nuestra profesión con vida.

¿De qué manera piensas que se podría garantizar que esta desmotivación no repercuta en la calidad de los cuidados brindados a los pacientes?

Creo que es necesario mirar al futuro sin arrogancia, con humildad. La esencia de nuestra profesión, ese cuidado que damos, debe verse enriquecido por el "buenhacer" de los profesionales. Reclamar nuestras áreas de trabajo y ser los mejores en ellas, mejorar la calidad de la atención que damos, unificar criterios de actuación para evitar que cada profesional haga lo "que quiere" (con conocimiento o sin ellos)... Estoy totalmente convencido de que una de las maneras de asegurar la calidad, sin depender de la actitud del profesional, es a través de protocolos y cuidados estandarizados y planificados que dan seguridad y validez

a los profesionales en su cotidianeidad, consiguiendo así respuestas adecuadas a las situaciones complejas del día a día.

No podemos permitir que la calidad de la atención dependa únicamente de la formación y el interés individual de cada persona. Debemos exigir formación basada en la evidencia, actualizada y estandarizada, y una práctica enfermera que sirva de herramienta útil, válida y reproducible para garantizar una atención de calidad. Debemos plantearnos el trabajo en equipo multidisciplinar o, mejor aún, transdisciplinar. A veces, parece que todo se hace "por el paciente pero sin el paciente". La calidad asistencial pasa por que los profesionales también tengan calidad de trabajo, un tándem de reconocimiento y motivación.

También escribes un blog, ¿por qué surgió la idea y sobre qué escribes?

Nightingaleandco es un proyecto profesional generado por enfermeras para enfermeras. Nuestra motivación es contribuir, con nuestro pequeño grano, a dar a conocer la cotidianeidad de nuestra profesión. Es un trabajo de recogida de la esencia de quienes somos. Recoger ese pasado, ese presente pero, sobre todo, ese futuro que la profesión enfermera vislumbra y que se acerca en cada actividad que un profesional realiza. Es un trabajo en equipo de varios compañeros auxiliares y enfermeras.

¿Por qué? Simplemente porque soy enfermero y amo mi profesión.

¿De qué manera las sociedades científicas como la SEEO te resultarían de utilidad?

En mi opinión las sociedades científicas tienen el deber de aglutinar la información, distribuirla, favorecer la actualización de los profesionales, recordar y recalcar los cuidados generales del paciente. Son ese punto de unión de los conocimientos de nuestra profesión ya que pueden unir a los diferentes profesionales de la geografía española con sus realidades cotidianas permitiendo la unificación de cuidados independiente de su ubicación. Al mismo tiempo, gracias a su trabajo, nuestros cuidados tienen credibilidad puesto que, como científicas, se ajustan a estos criterios. Son herramientas de desarrollo.

Muchas gracias Óscar.



CUIDADOS PALIATIVOS. Respuesta a una necesidad

Autores: Ana M^a Tordable Ramírez. Enfermera. Equipo de Soporte Paliativo Domiciliario.
Dirección Asistencial Norte. SERMAS. Madrid.

Contacto: anamaria.tordable@salud.madrid.org
anatordable@gmail.com

Este trabajo ha sido presentado como póster en las Jornadas de la SEEO celebradas en el mes de mayo de 2014 en Toledo.

RESUMEN

Este artículo pretende describir parte de la historia, la filosofía y objetivos de los cuidados paliativos (C.P) así como el grado de desarrollo en la Comunidad de Madrid. Se entienden los C.P. como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedad amenazantes para la vida, a través

de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Los C.P. están centrados en el paciente y sus seres queridos, con una atención de calidad, accesibilidad a toda la población y equitativa, adecuando los recursos a un abordaje integral. Reconoce el

valor intrínseco de cada persona como individuo autónomo y único, el valor de la vida y el proceso natural de morir. La necesidad de atender a los pacientes y sus seres queridos en su sufrimiento, expectativas, necesidades, esperanzas y temores, justifica los C.P.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, historia, legislación, organización.

“Tú importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras”.

Cicely Saunders.

INTRODUCCIÓN

En España fallecen anualmente 380.000 personas, pudiendo estimarse que el 50-60% de las mismas lo hacen tras recorrer una etapa de enfermedad avanzada y terminal¹.

El objetivo fundamental de los Cuidados Paliativos es aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible la calidad de vida de estos pacientes y ello supone que tanto las instituciones sanitarias como los profesionales asuman no sólo una atención integral y holística, que tenga en cuenta aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente, sino también que dicha atención se preste en el lugar más idóneo para el paciente y su familia².

El Comité de Ministros del Consejo de Europa (1999) en la recomendación 1418 hace énfasis en la necesidad de reconocer y proteger el derecho de los ciudadanos a los cuidados paliativos y que es responsabilidad gubernamental que éstos sean accesibles a todas aquellas personas que lo necesiten.

El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 2001 las bases para el desarrollo del Plan Nacional de Cuidados Paliativos donde el modelo debe guiarse por una atención integral e integrada en la red asistencial con una adecuada coordinación entre niveles asistenciales y con la participación de equipos profesionales interdisciplinares³.

Desde el año 2005 la Comunidad de Madrid cuenta con un Plan Regional de Cuidados Paliativos en el que se define y desarrollan los objetivos y actividades encaminadas a mejorar la atención integral a los pacientes con enfermedades en situación terminal (oncológicas y no

oncológicas) con el fin de lograr una mayor calidad de vida. Los objetivos del plan deben responder a promover la coordinación desde el Sistema Madrileño de Salud, establecer redes funcionales de actuación, desarrollar un sistema de información, promover la aplicación de la metodología de calidad, determinar la adecuación de recursos asistenciales y sociales, implicar la coordinación entre niveles asistenciales así como adecuar la atención psicológica a los pacientes y sus familiares⁴.

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud está integrada en el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad donde se incorpora los cuidados paliativos como un modelo de atención integral no sólo para el paciente, también para las familias, asegurando una respuesta coordinada entre los niveles asistenciales de cada zona de salud incluyendo a los equipos de cuidados paliativos tanto hospitalarios como en domicilio⁵.

El plan estratégico de la OMS propone que en dos años, los países del mundo puedan llevar a cabo programas de cuidados paliativos, no sólo en pacientes con cáncer, enfermos envejecidos y crónicos, también en SIDA, ébola o tuberculosis y no sólo se tenga en cuenta los medicamentos y los factores clínicos *“sino también la dignidad, la espiritualidad, la soledad”*.

El objetivo del artículo es realizar un abordaje histórico de la aparición y desarrollo de los C.P. y específicamente de la Comunidad de Madrid, así como justificar la necesidad de su desarrollo en la sociedad actual, para dar respuesta a la demanda de cuidados en el proceso de final de vida como defensa a los derechos fundamentales del ser humano.

DESARROLLO

Definición de los Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990 hace una definición de los C.P. como *“el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias*

*que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedad amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”*⁶.

Los criterios propuestos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) que definen una enfermedad en fase terminal han sido⁷:

1. Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
2. Pronóstico de vida limitado.
3. Escasa posibilidad de respuesta a tratamiento específico.
4. Evolución de carácter oscilante y frecuente crisis de necesidades.
5. Intenso impacto emocional y familiar.
6. Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
7. Altas demandas y uso de recursos.

Los C.P. deben dar respuesta profesional, científica y humana a aquellas necesidades de los pacientes con enfermedad avanzada y terminal y de sus familias. Los objetivos fundamentales son:

- Atención al dolor y otros síntomas físicos y a las necesidades emocionales, sociales y espirituales y aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares.
- Información, comunicación y apoyo emocional, asegurando al enfermo ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas claras, honestas y expresar sus emociones.
- Asegurar la continuidad asistencial a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles asistenciales implicados en el seguimiento del paciente.

Esta definición se complementa con los principios sobre C.P.⁸:

- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.



- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ámbito internacional

Los cuidados siempre han estado vinculados, en su etapa inicial, a actos propios

de las órdenes religiosas. Los primeros percusores de los C.P. bien pudieron ser los hospicios u hospederías medievales del siglo XII en Europa organizados por los Caballeros Hospitalarios. En el siglo XVI San Camilo de Lelis fundador de la orden religiosa de Los Camilos, atendió a apestados y moribundos en Italia, eran conocidos como “*los padres de la buena muerte*”. En el siglo XVII en Francia San Vicente de Paul y las Hijas de la Caridad trabajaban en centros llamados Lazaretos u hospicios.

En la Edad Media la muerte era vivida y percibida como un hecho, lógico, asumible y tolerable y era entendida como un acto social donde el moribundo era el protagonista y la familia y amigos debían acompañar en el proceso. Donde la persona que iba a fallecer era consciente de su finitud¹¹.

La historia de los cuidados en un inicio viene muy vinculado a la evolución del concepto social y cultural de la muerte que se ha desarrollado por las distintas sociedades a través de los siglos.

Es en el siglo XIX en 1840 cuando Florencia Nightingale, enfermera, escribe “Notas de Enfermería” donde explicita conceptos básicos de los cuidados como son: la visión centrada en el enfermo y no en

la enfermedad. La consideración de los aspectos psicológicos y ambientales con relación a la salud y los cuidados. La necesidad de una formación específica y preparación sistemática para ejercer Enfermería.

1842 en Lyon, Francia⁹, donde se desarrolla los hospices o *Calvaries* fundado por Jean Granier y la Asociación de Mujeres del Calvario actualmente en funcionamiento.

En 1906 se funda el “St. Joseph’s Hospice” en Londres, por las Hermanas de la Caridad.

En 1944 *Cicely Saunders* se gradúa como enfermera, posteriormente como trabajadora social y finalmente como médico en 1957, trabajando e investigando sobre el cuidado de los enfermos terminales en el St. Joseph’s hospital de las Hermanas Irlandesas de la Caridad. El movimiento *Hospice*, liderado por *Cicely Saunders* en la década de los años sesenta, tras la fundación de *St. Christopher Hospice*, como estructura o recurso para albergar y cuidar a aquellos pacientes desahuciados¹⁰.

En 1969 Elizabeth Kübler Ross psiquiatra, afincada en Estados Unidos es otro personaje destacado de los C.P. quien describe y publica, en su libro “Sobre

la muerte y los moribundos” (1969) los estadios por los que puede pasar un paciente antes de morir, negación, aislamiento, rabia, negociación y depresión. A diferencia de la Dra. Saunders, defiende la asistencia paliativa domiciliaria*.

El movimiento de los Cuidados Paliativos es pionero en Estados Unidos de cara a otras patologías sobre todo a pacientes jóvenes de SIDA. Es en 1970 cuando se incorporan conceptos de unidades de Cuidados Paliativos en Canadá.

En Europa los C.P. se inician trabajos sobre el tratamiento del dolor en el cáncer como los realizados en Milán por Vittorio Ventafrida, así como la creación de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) y el desarrollo de políticas institucionales y gubernamentales fueron precursores de su desarrollo.

En Austria en 1997 se incluyen los programas de formación pregrado en cuidados paliativos en las escuelas de enfermería.

Es en 1974 en Canadá donde se desarrolla los C.P. dentro del ámbito hospitalario, *Royal Victoria Hospital* en Montreal, liderando la primera unidad de C.P. el canadiense Balfour Mount donde se puede hablar de una filosofía, actitud terapéutica y de cuidados encaminados a una adecuada proporcionalidad terapéutica y cuyo objetivo es conseguir la mayor calidad de vida.

El gran desarrollo de programas en los C.P., la formación, la docencia e investigación en este campo ha hecho que en algunos países como Reino Unido desde 1987 sea considerada una especialidad. En el resto de países de Europa, los C.P. fueron desarrollados a finales de los años setenta, siendo el establecimiento de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, así como el desarrollo de políticas gubernamentales lo que determinaron su desarrollo.

Ámbito nacional

El desarrollo actual en nuestro ámbito nacional ha surgido de manera muy

irregular. La primera unidad de C.P. en España se inició en 1982 en el Servicio de Oncología en el Hospital de Marqués de Valdecilla, en Santander, promovida por Dr. D. Jaime Sanz Ortiz, quien entiende que existe otra forma de atención al enfermo terminal y decide viajar a distintos hospitales de Reino Unido para conocer este tipo de cuidados ya desarrollados en este país. Es en 1985 cuando publica su primer artículo para abordar el tema del cuidado en el enfermo terminal⁷.

De forma progresiva fueron apareciendo otras unidades, como:

- 1987 en el Hospital Sta. Creu de Vic en Barcelona con el Dr. Javier Gómez Batiste y el Dr. Jordi Roca.
- 1988 en Galicia el Dr. Juan Sanmartín en La Coruña inicia la asistencia domiciliaria de pacientes con enfermedad oncológica. Se celebró en esta ciudad en 1991 el I Congreso Nacional de Hospitalización Domiciliaria con la participación del Dr. Vittorio Ventafrida, presidente de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.
- 1989 el Dr. José Porta inicia la unidad en el Hospital Cruz Roja de Lleida.
- 1989 el Dr. Marcos Gómez Sancho crea la unidad de Medicina Paliativa en el Hospital El Sabinal de Las Palmas de Gran Canaria.
- 1989 en el Hospital La Paz de Madrid en el servicio de hematología la psicóloga Pilar Arranz comienza atendiendo las necesidades psicoemocionales del enfermo terminal y de sus familias.
- 1990 en el Hospital de la Cruz Roja de Málaga se desarrolla la atención paliativa por la Dra. Susana Pascual. El mismo año la psicóloga Pilar Barreto y Antonio Pascual del Servicio de Oncología y hematología del Hospital Clínico de Valencia, inician esta asistencia a pacientes en el final de la vida.
- 1990 en el Hospital Gregorio Marañón en Madrid se inaugura la Unidad de Cuidados Paliativos a cargo del Dr. Núñez Olarte.
- 1992 se funda en Madrid la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SECPAL y la asociación de enfermería AECAP en 2006 realizando sus primeras Jornadas Monográficas de Enfermería en Cuidados Paliativos en España con el objetivo de enfatizar sobre el reconocimiento profesional y la formación en este área de competencias específico y de forma reglada intentando equiparar con otros países que en este campo. Cuentan con un cuerpo doctrinal, normativo y específico en C.P. como ocurre en Reino Unido, Australia, Canadá y Estados Unidos.

Desde entonces, España ha experimentado un crecimiento paulatino, constante y considerable en esta forma de cuidar, sobre todo en esta última década y no solamente en la asistencia hospitalaria, también se hace patente en la atención domiciliaria. De 1990 a 1995 se desarrolla el Programa Piloto de Planificación e Implementación de Cuidados Paliativos en Cataluña. En 1991 se crea en la Cartera de Servicios de Atención Primaria la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.

En diciembre de 2005 tras una jornada sobre “Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud (SNS): presente y futuro”, donde tras realizar un análisis de la situación junto con los referentes mencionados con anterioridad fueron el inicio del proceso de elaboración de la Estrategia de Cuidados Paliativos para el SNS siendo aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 17 de marzo de 2007.

Actualmente este hecho parece imparable aunque su implantación sea aún muy irregular y exista una heterogeneidad en la provisión de servicios de Cuidados Paliativos a nivel de las distintas Comunidades Autónomas.

Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid

En el año 1998 tres áreas de la Comunidad de Madrid, junto a la Subdirección General de Atención Primaria (INSALUD) pusieron en marcha un Proyecto “Programa de Atención Domiciliaria con



Figura 1. Desarrollo organizativo de Cuidados Paliativos en Unidad Integrada.

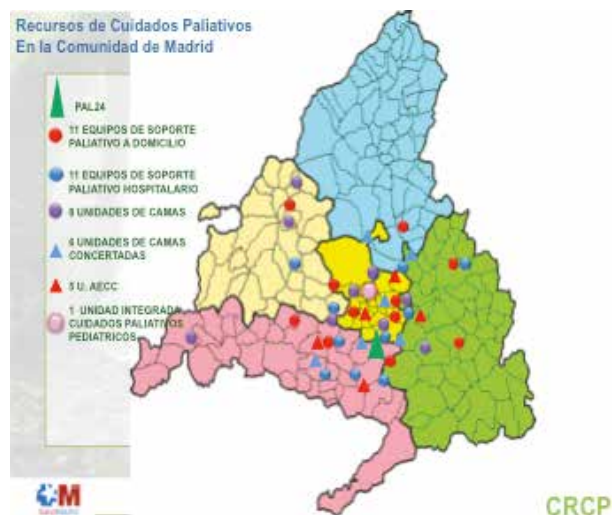


Figura 2. Recursos de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2014.

Equipo de Soporte (ESAD)” con el objetivo de mejorar la calidad asistencial de la Atención Primaria a los pacientes con enfermedades crónicas evolucionadas, con limitación funcional y/o inmovilizados complejos y terminales. Dado el buen resultado de los datos obtenidos no sólo en calidad asistencial sino también en el ahorro económico además de la satisfacción de los usuarios, se desarrolló para hacer extensible estos equipos a toda la Comunidad de Madrid^{3, 4}.

Desde entonces y de forma progresiva dada la sensibilización de los poderes públicos y/o políticos, actualmente existe un gran desarrollo de los C.P. dentro de la Comunidad de Madrid y aunque queda por seguir avanzando en este terreno, es significativo la evolución en los últimos 15 años, de forma que cuenta con más de 500 profesionales sanitarios dedicados a dichos cuidados.

En el Plan Estratégico de La Comunidad de Madrid del año 2010(4) se habla de

un desarrollo organizativo en Unidades Integradas, teniendo en cuenta las diferentes ubicaciones y dependencias organizativas de los distintos servicios paliativos que la componen y dentro del entorno geográfico, apoyándose en los recursos sanitarios de cada zona (figura 1). Con equipos multiprofesionales constituidos por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, asesores espirituales, farmacéuticos, voluntariado, etc, constituyéndose unidades de trabajo flexibles adaptándose a las distintas disciplinas, para dar respuesta a las necesidades del paciente.

Estructuralmente en esta Comunidad Autónoma de Madrid, los recursos existentes actuales son: la unidad de PAL 24h (atención telefónica paliativa 24 h al día, 7 días a la semana y 365 días al año), 11 Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD), 11 Equipos de Soporte de Atención Paliativa Hospitalaria (ESAPH), 5 Unidades de la Asociación Española Contra el Cáncer

(AECC), 8 Unidades de Cuidados Paliativos de camas de media-larga estancia, 6 Unidades de camas concertadas de media estancia y 1 Unidad Integrada de Cuidados Paliativos Pediátricos. (Figura 2)

PAL 24h es una plataforma asistencial telefónica ubicada en el servicio de urgencias telefónico 061. Da cobertura 24 horas al día, los 365 días del año, tanto a pacientes y familiares como a profesionales que necesitan apoyo o asistencia especializada para sus pacientes. La plataforma PAL24 proporcionará asesoramiento, derivación a centros y, si fuera necesario, la movilización de recursos sanitarios. Desde su puesta en marcha, hace casi tres años, se han registrado 22.721 llamadas. Este soporte de emergencias paliativas tiene el objetivo de aumentar la calidad, la seguridad y la capacidad resolutoria del servicio sanitario de Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid.

Los 11 Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria y las 5 Unidades

de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), están distribuidos en toda la Comunidad de Madrid creando una cobertura en las 7 Direcciones Asistenciales de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, siendo, Dirección Asistencial, Norte, Oeste, Sur, Sureste, Noroeste, Este y Centro. Se da cobertura asistencial a todos los casos que se derivan desde los Centros de Salud asignados a cada equipo asistencial a petición de su médico y enfermera de referencia de los Centros de Salud, tras valoración domiciliar y documento de derivación donde se explica la situación clínica actual del paciente y familia y los problemas detectados por los que consideran de nuestro apoyo o asesoramiento. Igualmente en aquellos casos vulnerables o complejos que se nos solicita desde los hospitales de referencia tras el alta hospitalaria para coordinar con Atención Primaria.

Unidades de camas paliativas de corta estancia. Son unidades de hospitalización específica C.P. Ingresan en situaciones agudas, pruebas diagnósticas o terapéuticas, se intenta que no estén mucho tiempo en la urgencia hospitalaria e incluso se concierta ingreso directo en las unidades de cama de los hospitales que tienen Equipo de Soporte Hospitalario. Existe un total de 8 hospitales con estos Equipos. La tendencia va encaminada a que todos los hospitales de la Comunidad de Madrid, tengan estas unidades ya que es un criterio de calidad asistencial.

Unidades de media-larga estancia. Cuando el paciente necesita un ingreso transitorio o definitivo, cuando la sintomatología es complejidad en el paciente, la situación familiar es conflictiva, no existe cuidador primario o hay una claudicación del mismo y no hace posible la estancia en domicilio, se realizan ingresos en estas unidades intentando realizar en la zona más cercana a los familiares del paciente. Existen 8 unidades en la Comunidad de Madrid en el Hospital San Rafael, Los Camilos, Sear, Hospital San José, Hospital Beata M^ª Ana, Hospi-

tal Santa Cristina, Hospital de la Fuenfria, Hospital de Guadarrama.

Unidad de Cuidados Paliativos Peditricos. Existe una unidad en toda la Comunidad de Madrid, facilitando tanto la estancia domiciliar y su seguimiento en coordinación con Atención Primaria y Hospital de aquellos niños con patología oncológica paliativa y múltiples patologías paliativas neurológicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La sociedad actual ha dado un giro importante en el concepto de la enfermedad, sufrimiento y muerte. Se vislumbran cambios significativos en las costumbres y valores, donde no tiene cabida la enfermedad y se rechaza la muerte. Las ciencias biotecnológicas parecen modificar el futuro del hombre hasta tal punto que cobra fuerza la discusión sobre aspectos éticos muy marcados, entre ellos, aquellos relacionados con el final de la vida.

La muerte parece ser el enemigo irreconciliable de los adelantos biotecnológicos y de la propia profesión sanitaria. En los hospitales se habla de enfermos no de personas. El afán de salvar vidas o prolongarlas a cualquier precio, muchas veces, sobrepasa límites racionales en los tratamientos, llegando a producirse la llamada obstinación o encarnizamiento terapéutico.

Es cierto que los avances biotecnológicos pueden paliar enfermedades avanzadas, siendo eficaces para control sintomático o evolución de la enfermedad, pero hay que compartir decisiones con el propio paciente, quien tras ser informado de su enfermedad de su evolución y del tratamiento muchas veces paliativo y teniendo en cuenta su bibliografía de vida y sus valores, deberá participar en la toma de decisiones sobre sus cuidados. Con mucha frecuencia se cosifica a la persona en una enfermedad, olvidando tratar las heridas del alma, para la aceptación del proceso de morir.

Los médicos y enfermeras, en su *“buen hacer”*, deben de aceptar la enfermedad

avanzada y terminal, no como fracaso de su profesionalidad sino como una oportunidad de humanización de la asistencia, donde el verdadero protagonista es el hombre y donde la prioridad será la calidad frente a la cantidad de vida.

Para ello será básico la comunicación basada en la veracidad con el enfermo y su familia como pieza fundamental para poder dignificar la muerte. La postura del paciente debe cambiar de una actitud pasiva a responsable de su proceso de enfermedad, preguntando y entendiendo, para poder decidir sobre los cuidados si es su deseo. Empoderar al paciente será necesario en la sociedad actual.

Por lo expuesto, se puede entender la importancia de contar con profesionales preparados y formados en competencias básicas, de nivel intermedio y avanzadas en C.P.

Es sabido que no se habla de la muerte en la formación sanitaria en las facultades, aunque actualmente se incluyen asignaturas específicas en C.P. considerándose un paso adelante en la calidad de la asistencia sanitaria.

Hasta que exista una filosofía extendida sobre este tipo de cuidados y una cultura de finitud y aceptación de la muerte como parte de la vida, será necesario que los profesionales sensibles al tema que nos ocupa, se formen para poder dar calidad de vida a los días que quedan por vivir.

El escenario actual en el que se deben desarrollar los C.P. está relacionados con la evolución biotecnológica, el concepto actual del proceso de morir y la necesidad de humanización de los cuidados en el final de la vida, dado que el afán de la medicina curativa parece querer eclipsar el arte de cuidar.

Hacer extensible esta filosofía de cuidados a todos los profesionales requerirá no sólo de recursos materiales, también de desarrollo de un plan de formación

post grado sin excepción, en todas las Comunidades Autónomas de nuestro país. La educación poblacional con respecto a la aceptación de la muerte, como proceso natural de vida, también será motivo de reflexión y abordaje para entender que el ser humano es finito y la muerte es ineludible. Aceptar el proceso de final de vida será sinónimo de aceptación de unos cuidados de calidad en el lugar más adecuado para el paciente y su familia.

Es cierto que no existe un desarrollo homogéneo de recursos de C.P. en todas las comunidades autónomas, pero el avance en alguna de ellas ha resultado significativo como ocurre en la Comuni-

dad de Madrid. El afán porque el mismo desarrollo sea en todas las comunidades será competencia gubernamental.

Después de lo expuesto se puede concluir que los C.P. son una opción para el paciente con enfermedad terminal y para sus familiares. Proporcionan la atención adecuada para disminuir el sufrimiento innecesario de las personas que viven la etapa de final de vida, mejorar el conocimiento de sus necesidades y mejora la eficacia en la prestación de la atención paliativa, para conseguir la excelencia en la provisión de cuidados y apoyo en el final de la vida. Se destaca la necesidad de incluir C.P. en los servicios de salud para asegurar una atención

adecuada y de calidad en todas las etapas de una enfermedad avanzada e irreversible con una supervivencia limitada. En la Comunidad de Madrid se ha producido un desarrollo importante de los Cuidados Paliativos pero hay que seguir avanzando en este terreno, aumentando su desarrollo estructural, de conceptualización y competencias asistenciales de todos los profesionales sanitarios.

AGRADECIMIENTOS

Permítanme dedicar unas palabras de agradecimiento a mi querida familia, mi esposo Manuel y mis hijos Daniel y Nicolás, por entender mis ausencias familiares, mi formación, la actividad docente y en general mi dedicación a los Cuidados Paliativos. ☺

BIBLIOGRAFÍA

1. McNamara B., Rosenwax L. K., Holman C. D. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:5-12.
2. Ferris F. D., Balfour H. M., Bowen K. et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24:106-123.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, 2001.
4. Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid 2010.

5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, 2006.
6. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (acceso junio 2104).
7. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Definición de enfermedad terminal. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dos> (acceso junio 2014).
8. Guía de práctica clínica sobre Cuidados paliativos. Principios de los Cuidados Paliativos <http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/>

- documentos/apartado02/Principios_CP.pdf (acceso junio 2014).
9. Figueredo Villa K. Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en Cuba. *Rev. Enf. Global*. nº 21 Enero 2011.
10. Boulay S. Cicely Saunders. Fundadora del movimiento Hospice de Cuidados Paliativos. Palabra 2007.
11. García M. J. Evolución histórica de los Cuidados Paliativos. Revisión Bibliográfica. Trabajo fin de Grado de Enfermería. Universidad de Murcia. 2011. Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/doc233> (acceso julio 2014).



Nuestr@s compañer@s de...

Hospital de Día del Hospital Reina Sofía de Tudela



Rosabel Escamilla y Manuel Olivares

El hospital Reina Sofía es un hospital comarcal, que abarca a una población de 96.722 habitantes.

La distribución de los recursos sanitarios es la siguiente:

- 16 consultorios locales.
- 7 centros de salud.
- 1 centro de atención a la mujer.
- 1 centro de salud mental.
- 1 Hospital de Área.

Integrado en el hospital se encuentra nuestro Hospital de Día. Se trata de un Hospital de Día mixto, médico-quirúrgico/onco-hematológico, que cuenta con 12 puestos de atención para cubrir todas las necesidades. Entre los servicios que prestamos se encuentran:

- Tratamientos de onco-hematología:
 - Revisiones médicas.
 - Tratamientos ambulatorios.
 - Consulta de enfermería oncológica.

- Atención al paciente médico quirúrgico:
 - Tratamientos de otras especialidades (digestivo, reumatología, dermatología, urología, nefrología, neurología...)
 - En una sala anexa, se realizan también otro tipo de procedimientos (punción lumbar, biopsia ósea, instilaciones vesicales y fototerapia).

Nuestro trabajo fundamental se divide en 2 partes:

En cuanto al personal que presta sus servicios en este Hospital de Día:

- 2 oncólogos.
- 5 enfermeras.
- 1 celador.

En el marco de la atención proporcionada por el personal de enfermería, podemos destacar una de reciente inicio y que merece mención especial, desde abril de 2015 se proporciona a todos

los pacientes oncológicos una vía de comunicación directa con el personal de enfermería a través de un teléfono móvil, con el fin de solucionar las posibles dudas que surgen una vez que los pacientes han llegado a su domicilio.

También nos gustaría mencionar que vista la necesidad de mantener un ambiente relajado y para reducir en la mayor medida el estrés que provocan los tratamientos de quimioterapia, se ha comenzado en este Hospital de Día a reproducir vídeos con imágenes y música relajantes para contribuir al bienestar del paciente.

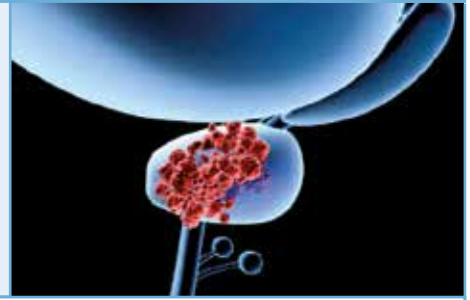
De algún modo nuestra intención es poder ayudar a nuestros pacientes a dos niveles que van más allá del puramente médico y que son de igual importancia. 🌱



FRACASO RENAL

DESCRIPCIÓN

La hematuria consiste en la presencia de hematíes en la orina debido a la existencia de un sangrado por encima del esfínter estriado de la uretra.



CLASIFICACIÓN

La hematuria puede clasificarse por su visibilidad en hematuria microscópica (>3 hematíes/campo) o macroscópica (> 5000 /ul). Otra clasificación la categoriza por su relación con la micción en hematuria inicial (aparece al comienzo de la micción y sugiere un origen uretral), hematuria total (tiene lugar durante toda la micción, indica un origen intravesical o supravesical) y la hematuria terminal (aparece al final de la micción, el origen del sangrado suele estar en el cuello de la vejiga o en la próstata).

ETIOLOGÍA

Las causas más frecuentes de hematuria son:

1. **Nefropatía:** Glomerulonefritis, Vasculitis...
2. **Tumores (25%):** Hiperplasia benigna de próstata, Carcinoma de próstata, Carcinoma de vejiga, Carcinoma urotelial o Hipernefroma.
3. **Litiasis renal (20%)**
4. **Infecciones:** Pielonefritis, Prostatitis, Ureteritis, Cistitis bacteriana...
5. **Traumatismos y cuerpos extraños**
6. **Fármacos:** Anticoagulantes orales, Ciclofosfamida, Salicilatos, Amitriptilina, Clorpromacina, Meticilina y Sulfamidas.
7. **Otras causas:** Ptosis renal, Hidronefrosis, Riñón poliquistico, PTI, Hemofilia.

SÍNTOMAS

- Anamnesis.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias: análisis de orina, hemograma, radiografía simple de abdomen...

TRATAMIENTO

1. **Medidas generales:** sondaje vesical con sondas de tres vías y lavado vesical con suero fisiológico (SF) para extraer coágulos que puedan existir en la vejiga. Debe realizarse siempre en la presencia de hematuria macroscópica. Pero debe evitarse el sondaje vesical en las hematurias originadas por anticoagulantes orales y en las de origen infeccioso sin cálculos.
2. **Medidas sintomáticas:**
 - a. Lavado vesical continuo con SF.
 - b. Ingesta de más 3L de agua /día para forzar la diuresis.
 - c. Si existe repercusión hematológica, hemoglobina < 7-8 gr/dl, transfundir concentrados de hematíes.
 - d. Si existe síndrome miccional acompañante asociar antibióticos.
3. **Tratamiento etiológico:**
 - a. Hematuria secundaria a fármacos: Suspender el fármaco causante y sustituirlo por otro de similar efecto no causante de hematuria.
 - b. Hematuria secundaria a nefropatía: Generalmente no es una urgencia médica y su tratamiento suele mejorar al tratar la enfermedad causal.
 - c. Hematuria secundaria a tumores: Radioterapia hemostática o cirugía.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Reconocer los signos y síntomas de hematuria para su temprana detección y la aplicación de medidas efectivas.
- Manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

Vicente V., Camps C., Carulla J., Casas A. M., González M. Guía de práctica clínica en cuidados continuos. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2006, p.177.





Antonio Zamudio



ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3 AYUDARÍAN A MEJORAR LA TERAPIA CONTRA EN CÁNCER

Un grupo de investigadores de los Hospitales Universitarios de Leicester (Reino Unido) ha descubierto que el uso de ácidos grasos Omega3, en pacientes que siguen un tratamiento para el cáncer, podría mejorar la respuesta y la calidad de vida. ■



UNA ESPONJA EN UNA CÁPSULA AYUDARÍA A DESCUBRIR SIGNOS PREMATUROS DE CÁNCER DE ESÓFAGO

Investigadores de la Universidad de Cambridge han desarrollado un nuevo método para detectar el cáncer de esófago de forma prematura. Lo consideran una mejora del diagnóstico al compararlo con la biopsia tradicional. El estudio se ha publicado en Nature Genetics. ■



DESCIFRADAS LA MUTACIONES DEL 90% DE LA LLC

Un estudio publicado en la revista *Nature*, dirigido por investigadores españoles, descifra el genoma de más de 500 pacientes con leucemia linfática crónica e identifica mutaciones recurrentes en regiones no codificantes, lo que aporta nuevas claves sobre el desarrollo de este cáncer. ■



CÁLCULO PRECISO DE DOSIS Y HAZ DIRIGIDO EN RADIOTERAPIA

Investigadores valencianos han desarrollado una herramienta de cálculo, basada en análisis de imagen de TC, para optimizar la radiación. ■



TERAPIA GENÉTICA PARA MEJORAR LA SUPERVIVENCIA EN CÁNCER DE OVARIO RECURRENTE

Proponen el tratamiento con material genético modificado para tratar el cáncer de ovario recurrente inmune a quimioterapia. ■



UNA INMUNOTERAPIA LOGRA UN 80% DE RESPUESTA EN MIELOMA MÚLTIPLE

La inmunoterapia basada en linfocitos T modificados se ha mostrado eficaz en un ensayo clínico en fase I/II con 20 pacientes con mieloma múltiple avanzado. ■



M^a Dolores Fernández



En el volumen de Julio-Agosto de *Cancer Nursing* destacamos los cuatro artículos de portada. El primero nos habla sobre un estudio longitudinal acerca de los efectos del caminar en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón. Se estudiaron 107 pacientes durante 6 meses y los resultados indicaron que completaban aproximadamente entre 3 y cuatro horas y media por semana pero la frecuencia disminuía o paraba en el 36% de los pacientes a pesar de que los niveles de bienestar físico y funcional eran más altos en los pacientes que se mantenían. El apoyo social, la autoeficacia y estado del tratamiento son factores predictivos del cambio en la rutina del ejercicio por lo que se recomienda la integración de estrategias psicológicas para reforzar los efectos positivos del caminar en estos pacientes. Otro artículo es un estudio piloto sobre las variaciones en los patrones individuales de gravedad de síntomas en pacientes con cáncer de orofaringe y laringe durante el tratamiento de radioterapia. Los síntomas que se evaluaron fueron el dolor, dificultad para tragar, boca seca, cambios en el gusto, pérdida de apetito y heridas en la boca y fueron examinados 21 pacientes ambulatorios. Los resultados identificaron tres patrones indivi-

duales de síntomas, la mayoría mostraron un patrón problemático para el dolor y la dificultad para tragar pero todos mostraron al menos uno lo que nos indica la experiencia única e individual de cada paciente. En el futuro, la información a partir de datos en tiempo real visualizados como patrones podrían ser utilizados para gestionar múltiples síntomas experimentados por los pacientes durante el tratamiento.

Otro de los artículos nos habla de deterioro del nivel de actividad física y factores de riesgo metabólicos después de diagnóstico de cáncer de mama en estadios tempranos. Se evaluaron 60 pacientes y se constató un deterioro significativo de la actividad física entre el diagnóstico y el inicio de la quimioterapia, y la adiposidad visceral estuvo presente en la mayoría de los pacientes. Este estudio enfatiza la necesidad de motivar a estos pacientes a participar en un estilo de vida saludable por lo que se hace imprescindible incluir ésto en su manejo clínico. Por último otro estudio exploró las experiencias de cáncer de adultos jóvenes de edades comprendidas entre 18 y 25 años previos al trasplante de células madre y exploraron cómo manejan el tema de la incertidumbre relacionada con la experiencia del trasplante. Se realizaron entrevistas a 14 jóvenes dentro de las 24 horas de ingreso y surgieron dos grupos de temas relacionales y psicoemocionales. Los relacionales sobre "relaciones alteradas" englobaban otros subtipos como "pasar de" o "avanzar hacia", y los psicoemocionales del "poder de la perspectiva" incluían temas como el "optimismo", "el reconocimiento de la muerte", el "empoderamiento informativo" o el "desarrollo de una nueva perspectiva". ■



En el último número del *European Journal of Oncology (EJON)* hablaremos de tres artículos. Uno de ellos nos habla de un estudio que trata de determinar si la administración de analgésicos opioides o medicamentos para dormir en los pacientes con cáncer durante su primer ingreso en un hospital se asocia con mal pronóstico. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo basado en la población compuesta por pacientes con cáncer cuya primera admisión en un hospital para el tratamiento inicial del cáncer fue en 2004. Se recogieron datos sobre 2.302 pacientes y se compararon las tasas de supervivencia de 3 años entre los 4 grupos de pacientes (sin uso, sólo medicamentos para dormir, sólo analgésicos opioides, y la utilización de ambos). La longevidad de los pacientes con cáncer fue mayor entre el grupo sin uso, seguido por el grupo que usaba sólo medicamentos para dormir, después el grupo que usó sólo opioides, y finalmente, el grupo en el que se utilizaron ambos demostrando la correlación negativa con la tasa de supervivencia. Otro artículo investiga el efecto de la solución con la hierba *Achillea millefolium* en el tratamiento de la mucositis oral inducida por quimioterapia. 56 pacientes fueron asignados aleatoriamente en grupos control y experimental en bloques similares en base a la gravedad de la mucositis oral. El grupo experimental realizó gárgaras con 15 ml de una mezcla de la solución habitual y

destilado de *A. millefolium* 4 veces al día durante 14 días mientras que el grupo de control realizó gárgaras con 15 ml de la solución habitual. La gravedad de la mucositis se evaluó en tres veces antes de, 7 y 14 días después de la intervención. Los resultados mostraron una mejor curación con la mezcla con el destilado por lo que se sugiere que podría ser utilizado en pacientes con mucositis inducida por quimioterapia. El último artículo nos habla de un estudio también sobre la mucositis pero esta vez inducida por radioterapia cuyo propósito fue investigar el cambio de prevalencia de mucositis severa, síntomas relacionados, y predictores en los pacientes con cáncer de la cavidad oral durante el tratamiento activo. Los pacientes informaron de más alta prevalencia de mucositis oral severa a las 5 y 6 semanas después del inicio RT. Con la combinación de QT y RT los pacientes informaron de una prevalencia más alta que los que recibieron RT sola. El pico de los síntomas relacionados fue 8 semanas después de comenzar RT, con síntomas primarios de dolor en la boca, sequedad de boca, dificultades para tragar, y cambios en el gusto. Los pacientes con quimio-radio concomitante, una mayor dosis de radiación acumulada, el tabaquismo y el índice de masa corporal bajo (IMC) se encontraban en alto riesgo de desarrollar mucositis oral severa. Como conclusión para los pacientes que sufren mucositis oral durante el tratamiento activo recordar la necesidad del cuidado oral específico y el apoyo emocional para aliviar los síntomas relacionados. ■



El último monográfico de *Seminars in Oncology Nursing* de Agosto de este año está dedicado a los adolescentes y adultos jóvenes con cáncer. Uno de los artículos nos habla de

lo que se sabe acerca del impacto del cáncer y su tratamiento en el mundo biopsicosocial del adulto joven y del adolescente. Para ello se realizó una revisión de la literatura por pares, recursos en la web y recursos de organizaciones científicas relacionadas con el cáncer. Los adolescentes y adultos jóvenes con cáncer, entre 15 y 29 años de edad, se han convertido en un grupo distinto que requiere atención especializada. Las exigencias del cáncer y su tratamiento están a menudo directamente en contra de las necesidades de desarrollo de este grupo de edad y, a menudo alteran esas experiencias del curso de vida que contribuyen a la resiliencia, próspera y floreciente. Proporcionar una atención de alta calidad a este grupo de edad requiere una profundidad de comprensión de la complejidad de los factores que se combinan para influir en el curso de desarrollo de vida. Otro de los artículos nos habla de la inclusión de estos pacientes en los ensayos clínicos. A pesar de los muchos desafíos que enfrentan los adolescentes y adultos jóvenes, estudios recientes demuestran que los ensayos clínicos sobre el cáncer centrados en ellos se pueden desarrollar y se llevaron a cabo con éxito. Las enfermeras pueden influir en los resultados aprovechando su papel de educadores y colaboradores para aumentar su participación en ensayos clínicos sobre el cáncer. Otro nos proporciona una visión general de los recursos para la medición de los síntomas y grupos de síntomas en los adolescentes y adultos jóvenes con cáncer y examinar estrategias metodológicas para la evaluación de grupos de síntomas. La investigación que ha abordado los síntomas y grupos de síntomas en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer es limitada. Se necesitan medidas fiables, válidas y apropiadas para el desarrollo para avanzar en esta área de investigación. El uso de la tecnología móvil y cualitativa mixta y métodos cuantitativos para entender la experiencia adolescentes y adultos jóvenes de los síntomas y grupos de síntomas podría aumentar la conciencia de los síntomas y la base de evidencia para la práctica. ■



La portada de *Cancer World* del número de Julio y Agosto está dedicada a Frédéric Amant y la construcción de la evidencia científica para salvar a la madre y al hijo. Comprender el impacto de tratar a la madre sobre la salud a largo plazo de su hijo no nacido ha sido frenada durante mucho tiempo por obstáculos logísticos y éticos a la investigación de esta rara población de pacientes pero Frédéric Amant aceptó el desafío. Una de las imágenes más sorprendentes que se ha hecho 'viral' en Internet recientemente es la de una mujer amamantando a su hijo recién nacido con el pecho que le queda después de haber sido sometida a una mastectomía por el cáncer de mama diagnosticado durante su embarazo. No hace mucho tiempo, el curso de acción recomendado por muchos cánceres invasivos detectados durante el embarazo era un aborto, y a continuación, iniciar tratamiento para salvar la vida de la mujer. Todo eso ha cambiado ahora, en gran parte gracias a un oncólogo ginecológico en Bélgica que ha hecho del cáncer en el embarazo su especialidad. Como resultado de ello, su grupo -y los de otros centros a raíz de su investigación- son ahora rutinariamente capaces no sólo salvar la vida del bebé, sino también evitar poner en peligro las posibilidades de sobrevivir de la madre. Ahora existen guías de consenso para el tratamiento de cáncer de mama y endometrio/cervicales, con las directrices hematológicas



en preparación. Una cohorte de niños nacidos de mujeres con cáncer se está siguiendo, y un sitio web, www.cancerin-pregnancy.org, detalla y da publicidad a la obra, que también se ha cruzado en otras investigaciones en las mujeres más jóvenes, como la preservación de la fertilidad. Un paso clave, dice Amant, es reclutar un oficial de comunicaciones y de recaudación de fondos como Griet Van der Perre, para atraer recursos, además del apoyo de la universidad. En términos más generales, existe la preocupación de que el embarazo es una parte poco estudiada de la medicina desde el punto de vista de otros tratamientos, no sólo para el cáncer. Amant es parte del consejo asesor de la Iniciativa Embarazo y Medicina, que señala que *“la atención médica durante el embarazo carece de datos adecuados y aproximadamente el 90% de las mujeres embarazadas toma medicinas sin saber las consecuencias.”* Mientras tanto, un flujo constante de noticias en medios de comunicación de las madres tratadas por cáncer durante el embarazo en todo el mundo muestran que todavía hay mucho que hacer en la incorporación de este trabajo en la práctica. Una marca de progreso bien puede ser cuando estas historias ya no se consideren de interés periodístico. Otro artículo nos habla de que la mayoría de las personas portadoras de mutaciones BRCA nocivos sólo lo averiguan des-

pués de ser diagnosticados de cáncer, y muchas veces ni siquiera entonces. El cribado de la población es costoso y los resultados pueden ser difíciles de interpretar. Pero ¿debemos hacerlo de todos modos? Los genes BRCA son algunas de las piezas más alto perfil de ADN que se han relacionado con el cáncer. Las mutaciones específicas en los genes BRCA1 y BRCA2 aumentan el riesgo de cáncer de mama y de ovario. Las mutaciones dañinas son autosómicas dominantes, lo que significa que sólo se necesita una copia del gen defectuoso para tener un mayor riesgo de cáncer. Actualmente, se recomiendan las pruebas genéticas en la mayoría de los países, cuando una historia familiar indica que las mutaciones perjudiciales podrían estar presentes. Las pruebas de rutina para las mutaciones BRCA dañinas es una alta prioridad para la Acción contra el Cáncer de Ovario en el Reino Unido. La directora ejecutiva Katherine Taylor dice que es importante, pero en la actualidad sólo ocurre en unos pocos países, como Escocia: *“Determina la ruta del tratamiento del paciente”,* y puede ayudar a los miembros de la familia *“a tomar decisiones informadas sobre su cuidado de la salud.”* Otro artículo nos habla de que un diagnóstico de cáncer puede provocar a un paciente para hacer todo tipo de cambios. Muchos adoptan una actitud

holística para su salud, la alteración de su estilo de vida, y especialmente de su dieta, con la esperanza de que le ayudará. Algunos comienzan a tomar suplementos. Y un suplemento en particular, está en el centro de una controversia latente sobre si podría ayudar o dañar. Esa es la vitamina D. Por un lado investigadores y clínicos argumentan que no hay datos convincentes de que los suplementos de vitamina D pueden mejorar el pronóstico del cáncer, y temen que incluso podría ser peligroso. Por otro lado, investigadores y oncólogos sostienen que la deficiencia de vitamina D es tan generalizada, y los datos clínicos y de laboratorio preliminares sobre el cáncer es tan persuasiva, que ya es hora de asegurar a los pacientes que por lo menos cumplen con los niveles recomendados actuales. Dada la abundancia de la investigación actual, sobre todo en los EE.UU., y la publicidad que está atrayendo, parece probable que los pacientes de cáncer más europeos comenzarán a pedir pruebas. Y mientras que muchos oncólogos pueden ser cautelosos acerca de cualquier posible papel de la vitamina D, es algo que puede esperar que sus pacientes le pregunten cada vez más para asesorarse. *“La historia de la vitamina D es un... buen ejemplo de lo difícil que es analizar adecuadamente y evaluar críticamente los datos científicos”.* Sobre la base de las pruebas existentes, Feldman y su equipo concluyen que, mientras ellos creen un anticancerígeno adecuada 25 (OH) D3 *“probablemente supere”* 30 ng / ml: *“La disponibilidad fácil, la economía y la seguridad de este multipropósito prehormona nos indican que los beneficios de la dieta de vitamina D pueden ser recomendados, incluso mientras estamos a la espera de datos de ECA”.* ■

Nuestra sección de libros



Ana Isabel Souto Ramos



CÁNCER Y CUIDADOS ENFERMEROS

M^a Dolores Soler, Vicenta Garcés e Isabel Ayllón

Editorial: DAE

Año de publicación: 2007

La envergadura del problema del cáncer en nuestro medio se refiere tanto a las cifras de mortalidad (segunda causa de muerte), como a los costes de morbilidad y sufrimiento que le confieren características especialmente gravosas para los pacientes y sus familias. Las autoras de esta obra aportan su experiencia clínica de más de treinta años, además de sus actualizados conocimientos porque las estrategias terapéuticas y el perfil clínico del paciente están en constante modificación. Se han seleccionado los diagnósticos enfermeros más comunes y se proponen criterios de resultados y sus indicadores e intervenciones enfermeras y sus actividades en cada etapa de la enfermedad. Se exponen los cuidados enfermeros más idóneos para cada situación en la enfermedad cancerosa. La elección de una u otra intervención formará parte de la toma de decisiones clínicas de la enfermera ante cada paciente concreto, tras realizar la pertinente valoración. La ayuda de estas clasificaciones ha resultado muy valiosa para organizar el conocimiento, poniendo de manifiesto los principios teóricos que rigen el quehacer enfermero.



LOS NIÑOS Y LA MUERTE

Elisabeth Kubler-Ross

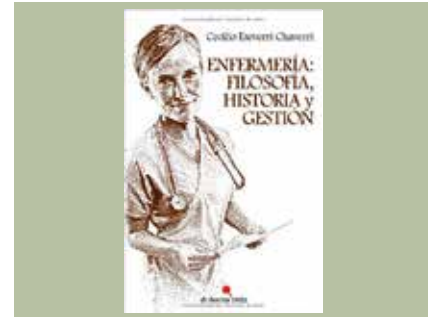
Editorial: Luciérnaga

Año de publicación: 1992

ISBN: 9788487232336

Una vuelta a los clásicos. He decidido incorporar en la sección de este mes a Elisabeth Kübler-Ross con su visión sobre la muerte y más concretamente en los niños, la muerte sigue estando de actualidad.

Esta médico enseñó a afrontar la muerte con dignidad y sosiego a una sociedad que prefería ocultarla, y luchó por evitar que el proceso de morir se convirtiera en algo despersonalizado. La psiquiatra suiza nacionalizada norteamericana fijó las cinco fases que suelen atravesarse antes de morir (rechazo, ira, "negociación" con Dios, depresión y aceptación). Defensora e impulsora de la medicina paliativa inspirada en el modelo Hospice, Kübler-Ross se opuso con firmeza a la eutanasia. Docente y conferenciante, escribió 13 libros, en los que se ocupó entre otros temas de cómo ayudar a afrontar la muerte de un niño y del estudio del sida. En 1999 la revista "Time" la incluyó en la lista de los 100 pensadores más destacados del siglo XX.



ENFERMERÍA: FILOSOFÍA, HISTORIA Y GESTIÓN

Cecilio Eseverri Chaverri

Editorial: De buena tinta

Año de publicación: 2012

ISBN: 8494046837

Pocos profesionales de Enfermería se han planteado analizar esta actividad desde la Filosofía. Muy pocos son los que han investigado sobre el sentido del vocablo cuidar. ¿Qué significa, pues, desde la Filosofía y la Historia? Aclarando su sentido y valor intrínseco se da contenido profesional a este importante quehacer. Cualquier profesión que no se apoye en estos dos saberes carece de categoría y no es considerada facultativa. Al reflexionar sobre los cuidados enfermeros tendríamos que preguntarnos ¿cuál es el concepto de cuidar? ¿qué es como actividad humana y sanitaria y como profesión? ¿cuáles son sus elementos empírico-filosóficos? ¿qué contiene la cultura-filosofía profesional de los cuidados? ¿cuáles son sus bases filosófico-históricas? La profesión enfermera es clave en el amplio campo de la salud. No reconocerlo resultaría calamitoso para el bienestar de la sociedad, los pueblos, la familia y los individuos.

IRINOTECAN - CPT 11

Irinotecan Actavis®, Fresenius®, Hospira®, GP-Pharm®, Kabi®

Marta González Fernández-Conde

AGOSTO 2015

<p>PREPARACIÓN</p> <p>Envase de 500mg-25ml Envase de 300mg-15ml Envase de 100mg-5ml Envase de 40mg-2ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del vial: 20 mg/ml. • Dilución: diluir en 250 ml de SF o SG 5%. • Proteger de la luz. • Concentración recomendada de la dilución: 0,12 - 2,8 mg/ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad físico química del vial abierto: desechar el vial una vez utilizado. No contiene conservantes. • Estabilidad físico química de la dilución: Irinotecan Actavis®, Fresenius® y Kabi® son estables 24 horas a TA y 48 horas en nevera. Irinotecan Hospira® es estable 72 horas en nevera. Irinotecan GP-Pharm® tiene una estabilidad de 12 horas a TA y 24 horas en nevera.
<p>INFUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: en 30-90 minutos. Tiene mejor tolerancia si se administra en 90 minutos. • En combinación con 5-Fluorouracilo y Folinato Cálcico: infundir primero Irinotecan, seguido Folinato Cálcico y luego 5-Fluorouracilo. • En combinación con Cetuximab: infundir primero Cetuximab, esperar 1 hora y luego Irinotecan. • En combinación con Docetaxel: infundir primero Docetaxel y luego Irinotecan. • Se recomienda la premedicación con Sulfato de Atropina para la prevención del síndrome colinérgico, sobre todo en los pacientes que ya lo hayan experimentado. • Protocolo FOLFIRI: infundir Irinotecan en 90 minutos, concomitante con Folinato Cálcico en 120 minutos. Después 5-Fluorouracilo en bolo. Al terminar se deja conectada una perfusión de 5-Fluorouracilo durante 48 horas. • Protocolo FOLFIRINOX: infundir primero Oxaliplatino en 120 minutos. Después Folinato Cálcico en 120 minutos; 30 minutos después de empezar el Leucovorin comenzar concomitante Irinotecan en 90 minutos. Luego 5-Fluorouracilo en bolo. Al terminar se deja conectada una perfusión de 5-Fluorouracilo durante 48 horas. • Protocolo FOLFIRI-CETUXIMAB: infundir primero Cetuximab. Luego Irinotecan en 90 minutos, concomitante con Folinato Cálcico en 120 minutos. Después 5-Fluorouracilo en bolo. Al terminar se deja conectado una perfusión de 5-Fluorouracilo durante 48 horas. • Protocolo FOLFIRI-BEVACIZUMAB: infundir 1º Bevacizumab. Luego Irinotecan en 90 minutos, concomitante con Folinato Cálcico en 120 minutos. Después 5-Fluorouracilo en bolo. Al terminar se deja conectada una perfusión de 5-Fluorouracilo durante 48 horas.
<p>EFECTOS 2^{OS}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome colinérgico agudo durante la administración o en las 24 horas siguientes: diarrea, dolor abdominal, conjuntivitis, rinitis, hipotensión, sudoración, escalofríos, alteraciones visuales. Estos síntomas desaparecen tras la administración de Atropina subcutánea. • Diarrea temprana: en las primeras 24 horas. No emplear antidiarreicos. Acudir al Hospital. • Diarrea tardía: después de las 24 horas primeras. Comenzar a tomar los antidiarreicos pautados. • Mielosupresión: neutropenia y anemia principalmente. • Mucositis. Flatulencia. Anorexia. Náuseas y vómitos. Estreñimiento. • Astenia intensa. Fiebre, insomnio. Disartria. Mareo y cefaleas. • Alopecia progresiva. • Calambres, parestesia, contracción muscular. • Tos, disnea, neumonía intersticial y neumonitis. • Aumento transitorio de las pruebas hepáticas.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Irritante. • Medidas generales. • Lavar bien la zona. Aplicar hielo.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer colorrectal avanzado.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome colinérgico agudo: se define como diarrea precoz y por un conjunto de signos y síntomas tales como sudoración, hipotensión, malestar general, mareo, abdominalgia, lagrimeo, miosis, conjuntivitis, alteraciones visuales y hipersalivación. Se debe administrar sulfato de atropina (0,25 mg por vía subcutánea). • Diarrea tardía: puede aparecer desde las 24 horas posteriores a la administración y en cualquier momento antes de la administración del siguiente ciclo. En monoterapia la mediana de tiempo de la primera deposición líquida fue de 5 días desde la perfusión. Los pacientes que previamente han recibido radioterapia abdomino-pélvica o con hiperleucocitosis basal, pacientes con mal estado general y las mujeres, tienen más riesgo de desarrollarla. Tan pronto aparezca la primera deposición líquida, el paciente debe beber importantes volúmenes de bebidas que contengan electrolitos y debe iniciar el tratamiento antidiarreico, que consiste en una toma inicial de Loperamida de 4 mg, seguida de 2 mg cada 2 horas hasta que el paciente está libre de diarrea durante al menos 12 horas (dosis máxima diaria de 16 mg de Loperamida). Si la diarrea está asociada a neutropenia grave (< 500 neutrófilos/mm³) se debe administrar un antibiótico de amplio espectro. No se debe instaurar ninguna toma profiláctica de Loperamida aunque hayan presentado diarrea tardía en ciclos anteriores. • Interacción con el tabaco: un estudio publicado en el año 2007 concluye que fumar reduce significativamente la eficacia de Irinotecan, al reducir su concentración en sangre. Disminuye también su toxicidad sobre todo la neutropénica. Es recomendable que los pacientes sometidos a este tratamiento dejen de fumar, pues habría que aumentar las dosis de Irinotecan para conseguir la eficacia deseada.



IRINOTECAN - CPT 11

Irinotecan Actavis®, Fresenius®, Hospira®, GP-Pharm®, Kabi®

Marta González Fernández-Conde

AGOSTO 2015

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Pueden producirse trastornos del habla como distarria, tartamudeo o cambios en la voz, durante o poco después de la infusión de Irinotecan.
- *Interacciones:* el uso de Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede disminuir un 42% la concentración plasmática de Irinotecan. La administración concomitante de Fenitoina aumenta el riesgo de exacerbación de las convulsiones. Evitar el zumo de pomelo al menos una semana antes de recibir el tratamiento. No debe ser coadministrado con antifúngicos como el ketoconazol. El uso de Bevacizumab puede aumentar el potencial tóxico del Irinotecan.

BIBLIOGRAFÍA

- Irinotecan Fresenius 20 mg/ml concentrado para solución para perfusión EFG, ficha técnica. Laboratorio Fresenius Kabi Oncology. Fecha de revisión del texto: junio 2012.
- Irinotecan Actavis 20 mg/ml concentrado para solución para perfusión EFG, ficha técnica. Laboratorio Actavis. Fechas de revisión del texto: mayo 2009.
- Irinotecan Hospira 20 mg/ml concentrado para solución para perfusión EFG, ficha técnica. Laboratorio HOSPIRA. Fechas de revisión del texto: octubre 2005.
- Irinotecan GP-Pharm 20 mg/ml concentrado para solución para perfusión EFG, ficha técnica. Laboratorio GP-PHARM. Fechas de revisión del texto: marzo 2010.
- Irinotecan KABI 20 mg/ml concentrado para solución para perfusión EFG, ficha técnica. Laboratorio Fresebius Kabi Oncology. Fechas de revisión del texto: mayo 2009.
- IRINOTECAN: Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/508494/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/3E7144/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocumentLink?docId=0572&contentSetId=31&title=IRINOTECAN&servicesTitle=IRINOTECAN#
- Chemotherapy for advanced or metastatic disease- chemotherapy regimens. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf
- Irinotecan. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- FOLFIRI Regimen. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- FOLFIRI+BEVA Regimen. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- FOLFIRI+ CETU Regimen. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- IRIN+CETU Regimen. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- FOLFIRINOX Regimen: Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- Van der Bol JM, Mathijssen RH, Loos WJ, et al: Cigarette smoking and irinotecan treatment: pharmacokinetic interaction and effects on neutropenia. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25(19):2719-2726.

METOTREXATE-MTX

Metotrexato Wyeth®, Pfizer®, Mylan®, Accord®

Marta González Fernández-Conde
AGOSTO 2015

<p>PREPARACIÓN Envase: 50 mg / 2 ml Envase: 500 mg / 20 ml Envase: 1000 mg / 40 ml Envase: 5000 mg / 200 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del vial: 25 mg/ml. • Dilución para administración IV: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosis < de 200 mg: diluir en 100 ml de SF o SG 5%. ○ Dosis entre 200 mg- 500 mg: diluir en 500 ml de SF o SG 5% ○ Dosis > de 500 mg: diluir en 1000 ml de SF o SG 5%. En dosis elevadas se deben utilizar presentaciones que no contengan conservantes • Para administración intratecal: diluir hasta alcanzar una concentración de 1 mg/ml. Utilizar formulaciones que no contengan conservantes. • Proteger de la luz. • Concentración recomendada de la dilución: 0,4- 2 mg/ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad físico química del vial abierto: Metotrexato Accord® y Pfizer® carecen de estabilidad. Metotrexato Wyeth® 14- 15 días a TA. El vial de Metotrexato Mylan®, una vez perforado, el tiempo de validez coincide con el de la fecha de caducidad, siempre que la manipulación se lleve a cabo en condiciones asépticas. • Estabilidad físico química de la dilución: Metotrexato Wyeth® es estable 24 horas a TA y 72 horas en nevera. Metotrexato Mylan® y Accord®, 24 horas a TA. Metotrexato Pfizer® no tiene conservantes, recomiendan uso inmediato.
<p>ADMINISTRACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión IV: en 15-20 minutos. Dosis > 1000 mg/m² infundir en 4 horas o en perfusión continua de 24 horas. • Con dosis elevadas de Metotrexato se debe realizar el rescate con Folinato Cálcico: previa hidratación del paciente y alcalinización de la orina. 1ª dosis de Folinato Cálcico 12-24 horas después del inicio de la perfusión de Metotrexato. La misma dosis se administrará IV, IM o VO cada 6 horas a lo largo de un periodo de 72 horas o hasta normalización de los niveles de Metotrexato en sangre. • En combinación con Doxorubicina y Cisplatino: infundir primero Metotrexato en 4 horas, luego Cisplatino y después Doxorubicina. La dosis de Metotrexato es elevada por lo que se requiere rescate de Folinato Cálcico a las 12-24 horas. • Administración IM y subcutánea: en la parte superior del muslo, en el abdomen excepto alrededor del ombligo y en el brazo en la región deltoidea. • Administración VO: ficha técnica expone que se puede tomar con o sin alimentos, aunque algunas fuentes bibliográficas recomiendan hacerlo evitando comida y leche.
<p>EFFECTOS 2^{OS}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mielosupresión. • Mucositis. Náuseas y vómitos. Abdominalgia. • Toxicidad renal. • Eritema, lesiones purpúreas, fotosensibilidad, urticaria. Aumento de la pigmentación de la piel. Alopecia. • Cefalea, fatiga, somnolencia. • Alteraciones menstruales, oligospermia transitoria, infertilidad. Teratógeno. • Neuropatía sensitivo motora, anormalidades en el comportamiento. Parestesias. • Visión borrosa, cambios visuales. • Artralgias, mialgias. • Alteración de las pruebas hepáticas. • Tos seca irritante, disnea, dolor torácico.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No agresivo o irritante. • Medidas generales.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leucemia linfoblástica aguda. • Linfoma no Hodgkin de grado intermedio o alto en adultos. • Linfoma no Hodgkin en niños. • Tratamiento adyuvante del cáncer de mama tras la resección del tumor o mastectomía. • Cáncer de mama avanzado. • Coriocarcinoma u otros tumores trofoblásticos. • Tratamiento adyuvante o neoadyuvante del osteosarcoma. • Cáncer de cabeza y cuello recurrente o metastásico. • Cáncer de vejiga avanzado. • Artritis reumatoide activa y grave en pacientes adultos. • Formas poliartríticas de artritis crónica juvenil activa. • Psoriasis grave.



METOTREXATE-MTX

Metotrexato Wyeth®, Pfizer®, Mylan®, Accord®

Marta González Fernández-Conde

AGOSTO 2015

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- *Pacientes con acumulación patológica de líquido (ascitis o derrame pleural)*: la eliminación del Metotrexato se reduce en estos pacientes, lo que puede producir una prolongación de la semivida de eliminación y una toxicidad inesperada. Deben drenarse antes de empezar el tratamiento.
- *Toxicidad renal*: Metotrexato a altas dosis puede precipitar en los túbulos renales. Se recomienda una hidratación adecuada (al menos 3 litros diarios el día previo y manteniéndolo hasta 48 horas después de la infusión) y conseguir una alcalinización de la orina desde 12 horas antes hasta 24 horas después, manteniendo el pH en 7.0 (puede ser con bicarbonato sódico VO o IV). Realizar una valoración del Metotrexato sérico y de la función renal.
- Está demostrado que Metotrexato causa una disminución de la fertilidad, oligospermia, disfunción menstrual y amenorrea durante el tratamiento y durante un corto periodo tras su finalización. Además produce embriotoxicidad, abortos y anomalías fetales. Se debe aconsejar a los pacientes (tanto hombres como mujeres) en edad fértil que tomen medidas anticonceptivas durante y hasta 6 meses después del tratamiento. Puede ser genotóxico, por lo que se debe aconsejar a las mujeres que deseen tener hijos que pidan asesoramiento genético y a los hombres la posibilidad de criopreservación del esperma antes de iniciar el tratamiento.
- *Toxicidad cutánea*: debido al riesgo de fototoxicidad se deberá evitar la exposición a la luz solar y a las lámparas solares. Es frecuente la aparición de herpes zoster y la activación de las lesiones de las placas psoriásicas. Después de la administración IM pueden producirse en el lugar de inyección sensación de quemazón, abscesos o destrucción del tejido adiposo.
- *Administración intratecal*: la toxicidad neurológica puede estar muy unida a la administración intratecal. Signos como cefalea, dolor de espalda, rigidez de nuca, fiebre, confusión, irritabilidad, somnolencia, ataxia...deben estudiarse para descartar posibles complicaciones como leucoencefalopatía o aracnoiditis química. Estas complicaciones pueden ser minimizadas si se administra diluido a una concentración de 1 mg/ml.
- *Las reacciones anafilácticas* son normalmente leves (rash, edema periorbital y prurito), pero se agravan en pacientes que han recibido previamente instilaciones del Bacillus Calmette-Guerin.
- *Metotrexato para tratamiento de enfermedades reumáticas y de la piel*: debe utilizarse solamente una vez por semana.
- *Interacciones*: los preparados vitamínicos o productos que contengan ácido fólico y ácido folínico o sus derivados, pueden reducir la eficacia del Metotrexato. Los antiinflamatorios no esteroideos pueden aumentar la toxicidad del Metotrexato al incrementar sus niveles plasmáticos. Medicamentos que se unen a las proteínas plasmáticas como salicilatos, barbitúricos, tranquilizantes, anticonceptivos orales, tetraciclinas... aumentan la toxicidad de este citostático. También antibióticos orales como penicilina, cloranfenicol y antibióticos de amplio espectro pueden reducir la absorción intestinal del Metotrexato. Omeprazol y pantoprazol aumentan la toxicidad del citostático. Debe evitarse el consumo excesivo de bebidas que contengan cafeína o teofilina pues pueden reducir la eficacia del Metotrexato. El tratamiento concomitante con radioterapia puede aumentar el riesgo de necrosis de los tejidos blandos y osteonecrosis.

BIBLIOGRAFÍA

- Metotrexato Mylan 25 mg/ml solución inyectable y para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Mylan Pharmaceuticals. Fecha de revisión del texto: septiembre 2013.
- Metotrexato Accord 25 mg/ml solución inyectable, ficha técnica. Laboratorio Accord Healthcare. Fecha de revisión del texto: mayo 2012.
- Metotrexato Wyeth solución inyectable, ficha técnica. Laboratorio Weyth Farma. Fecha de revisión del texto: marzo 2011.
- Metotrexato Pfizer solución inyectable, ficha técnica. Laboratorio Pfizer. Fecha de revisión del texto: abril 2007.
- Metotrexato Wyeth comprimidos, ficha técnica. Laboratorio Ebewe Pharma. Fecha de revisión del texto: enero 2013.
- Bertinel solución inyectable en jeringa precargada, ficha técnica. Laboratorio Weyth Farma. Fecha de revisión del texto: marzo 2011.
- METOTREXATO. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/DF4B16/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/236EC1/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocumentLink?docId=0547&contentSetId=31&title=METHOTREXATE&servicesTitle=METHOTREXATE#
- Methotrexate. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- Metotrexato. Disponible en: <http://www.pdamecum.com/info/M/metotrexato/metotrexato-dosis-iny.php>
- Bone cancer systemic therapy agents. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/bone.pdf



Infusión 
SOLUCIÓN GLOBAL

Seguridad y Confianza

DOSI-FUSER[®]

Infusor Elastomérico Portátil



 **Izasa Hospital**
A WerfenLife Company

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

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



Congresos y Jornadas

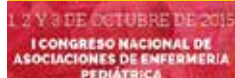
Ana Mateo

VIII Congreso Catalán de Enfermería y Salud Escolar



Fecha: **17 y 18 de septiembre**
Lugar: **San Feliu de Guixols**

I Congreso Nacional de Asociaciones de Enfermería Pediátrica



Fecha: **1 al 3 de octubre**

40 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica



Fecha: **6 al 8 de octubre**
Lugar: **Valencia**

XXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor (ASEEDAR-TD)



Fecha: **14 al 16 de octubre**
Lugar: **Palma de Mallorca**

VIII Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)



Fecha: **15 y 16 de octubre**
Lugar: **Cáceres**

XX Congreso Nacional de Enfermería Hemaológica



Fecha: **22 al 24 de octubre**
Lugar: **Valencia**

Jornadas Nacionales de Enfermería - La Aportación Enfermera a la Sostenibilidad del Sistema



Fecha: **22 y 23 de octubre**
Lugar: **Alicante**

XII Congreso de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos



Fecha: **22 y 23 de octubre**
Lugar: **Granada**

VII Jornadas de la Sociedad Valenciana de Hospitalización a Domicilio (SVHAD)



Fecha: **23 de octubre**
Lugar: **Alicante**

XI Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica



Fecha: **28 al 30 de octubre**
Lugar: **Zaragoza**

Jornada Endigra 2015 (Enfermería Digital Granada 2015)



Fecha: **30 de octubre**
Lugar: **Granada**

I Congreso Internacional y II Autonómico de Enfermeras Gestoras de Casos



Fecha: **5 y 6 de noviembre**
Lugar: **Córdoba**

XI Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y VI Jornadas de la Sociedad Valenciana de Medicina Paliativa



Fecha: **5 y 6 de noviembre**
Lugar: **Valencia**

IX Jornada Nacional de Enfermería en Trasplantes de Progenitores Hematopoyéticos



Fecha: **6 de noviembre**
Lugar: **Valencia**

XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (INVESTÉN-ISCIH)



Fecha: **17 al 19 de noviembre**
Lugar: **Cuenca**



*A la
vanguardia*

Tratamientos de SBRT Nuevos retos para enfermería



Elvira García Triviño

La evolución tecnológica aplicada a la medicina oncológica nos abre puertas a tratamientos cada vez más precisos y con menor toxicidad.

La SBRT o SABR, Stereotactic Body Radiation Therapy o Stereotactic Ablative Body Radiation es una técnica de radioterapia donde se administra con precisión y exactitud, en un número muy limitado de fracciones dosis muy altas al tumor y mínimas a los órganos de riesgo¹.

Los últimos progresos en el campo informático, en las técnicas de imagen y en los conocimientos moleculares del cáncer nos han permitido administrar dosis más altas produciendo menor daño al

tejido sano y consiguiendo un mejor control loco-regional.

Las características favorables para este tratamiento son:

- Permite el tratamiento de volúmenes pequeños.
- Limita al máximo el movimiento tumoral o de los órganos de riesgo colindantes.
- Mejora el confort y reduce la toxicidad.
- Aumenta esperanza de vida.
- Ofrece tratamientos a pacientes que en otras circunstancias no tendrían otra alternativa de tratamiento. Caso de re-irradiaciones o irradiaciones muy al límite.

Los inconvenientes:

- Largas pruebas de diagnóstico. Certeza absoluta de la forma y movimiento de la lesión a tratar.

- Formación precisa del equipo que prepara y ejecuta la prueba.
- Tiempos de tratamiento elevados.
- Costosos sistemas de inmovilización.
- Características propias de cada paciente. No todos los pacientes pueden ser buenos candidatos a ejecutar estas pruebas.

Los tratamientos de SBRT o SABR que se realizan en el ICO Hospitalet a día de hoy son: pulmón, hígado, páncreas, hueso, próstata y oligometastasis adenopáticas.

Contamos con larga experiencia en tratamientos de Radiocirugía o dosis única y RTEF Radioterapia Estereotáxica Fraccionada, ambas cerebrales para pequeñas lesiones metastásicas o MAV's.

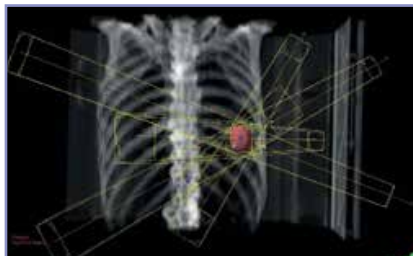
Los criterios de inclusión para pacientes dentro de estos tratamientos son muy estrictos y deben ser validados por un comité especial creado al caso.

- Los últimos progresos :
- Campo informático
 - Técnicas de imagen
 - Conocimientos moleculares del cáncer
- Permiten :
- Administrar dosis prescrita causando el menor daño posible al tejido sano
 - Mejor control loco-regional
- Mejorar calidad de vida
 - Aumentar la supervivencia

¹ Consenso de la SEOR sobre el papel de SBRT en pacientes oligometastásicos. Madrid 26 de junio 2014. HM Universitario Sanchinarro.

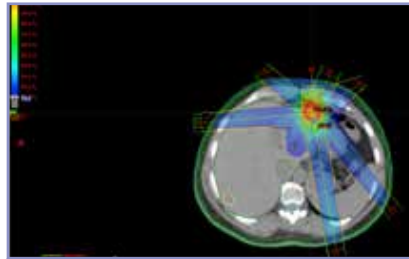
En la **planificación** vamos a utilizar todo aquello que esté a nuestro alcance y que nos permita poder definir con precisión la zona de la lesión a irradiar.

- En pulmón son fundamentales la Pruebas Funcionales Respiratorias y la RMN Cerebral donde se descarta extensión de enfermedad. La lesión de pulmón debe cumplir con ciertos requisitos (tamaño específico, poco movimiento respiratorio y a determinada distancia de órganos de riesgo). Utilizaremos la fusión del PET con un Tac 4D (tac que recoge el movimiento pulmonar del paciente) y todos aquellos dispositivos de inmovilización de que dispongamos: máscaras torácicas, compresor abdominal, ritmo respiratorio marcado por sistema de audio. El paciente entrena la respiración y el posicionamiento para la técnica y a posteriori, se ejecuta. Las sesiones pueden ir de 1 fracción (fr) de 34 Gy, a 10 fr de 5 Gy, en función de las características comentadas anteriormente.²



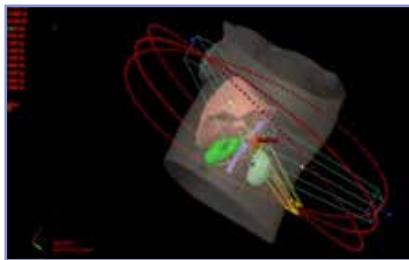
SBRT pulmonar tratamiento estático

- En hígado: utilizaremos para planificar la RMN. Colocaremos al paciente y le inmovilizaremos con compresor abdominal de 1 ó 3 puntos de presión. Realizaremos la prueba de planificación con contraste y con 4D para determinar el movimiento máximo de la lesión y los órganos de riesgo. La ejecución de la prueba normalmente es de 5 fr de 12 Gy.



SBRT hepática con tratamientos de campos estáticos

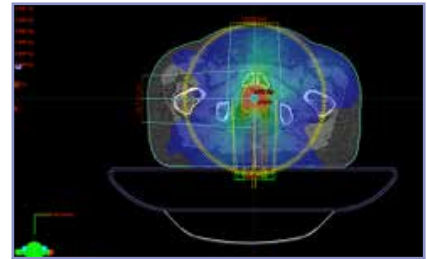
- En páncreas la técnica es muy parecida al hígado y si se puede se coloca alguna marca fiducial o marcador radio-opaco interno que ayudará a localizar la zona de la lesión.



SBRT pancreática en VMAT

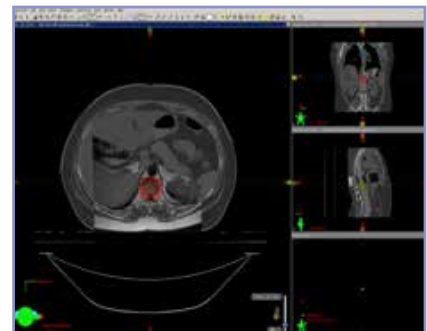
El tratamiento es prácticamente igual al de hígado.

- En próstata, la SBRT se puede ejecutar como tratamiento único (5 fr de 7 Gy) o como boost o superimpresión (30 fr convencionales y 1 de SBRT a 9 Gy). Para ambos casos la preparación será la misma. Educación alimentaria al paciente respecto a la dieta a seguir a cabo (baja en residuos y que no produzca gases), preparación con enema la noche previa a la irradiación, posicionamiento de Sondaje Vesical con llenado de 150 cc de Suero Fisiológico en el TAC y justo antes de la irradiación. Tac y tratamiento reproduciendo idéntica posición.
- Metástasis óseas: utilizaremos para planificar el PET y la RMN siempre que sea posible con la finalidad de poder localizar la lesión con mayor precisión. Realizaremos un TAC de



SBRT prostática en VMAT

alta definición c/2 mm y colocaremos al paciente una faja termoplástica que nos ayude a inmovilizar una vez esté alineado correctamente con la finalidad de reducir los movimientos involuntarios. La dosis dependerá de la zona a tratar siendo 1 fr de 16 Gy en columna y 3 fr de 12 Gy en huesos planos.



Fusión de tac planificación con RMN dorsal

- Adenopatías oligometastásicas: inmovilizaremos al paciente con todo aquello que esté a nuestro alcance y nos permita reproducir lo mejor posible la posición para el tratamiento: fajas termoplásticas, compresor abdominal con uno o tres puntos de presión. Realizaremos un TAC de alta definición c/ 2mm y lo fusionaremos con el PET. El fraccionamiento irá en función de la dosis y la zona a tratar. Siendo el fraccionamiento más utilizado el de 5 fr a 7 Gy.³

Para todos los casos **el papel de la enfermera de Radioterapia** es fundamental.⁴

² Risk adapted FFF based stereotactic ablative radiotherapy (SABR) in stage I NSCLC adn lung metastases (sbrt_lung_fff2012)

³ Ensayo fase II de Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT) para el tratamiento de adenopatías intraabdominales (sbrt_oligometastasis 2014)

⁴ <http://www.seor.es/enlaces/guias-para-pacientes/>

Estos pacientes precisan de innumerables pruebas diagnósticas que conviene que estén programadas dentro de unos tiempos específicos y que dispongamos de ellas justo antes de la planificación, por lo que parte de nuestra tarea será el seguimiento de este proceso.

El paciente acude al servicio y será informado, por su médico y por su enfermera reforzando cuidados y resolviendo dudas al respecto de toxicidades y tiempos o visitas.

El día de la planificación se recogen todos los datos necesarios para poder conocer al paciente y situarnos dentro de su entorno socio-familiar. Se le informa de cómo se procede al cálculo dosimétrico y de los cuidados previos a la irradiación. En el caso de pacientes de SBRT, la colaboración del paciente es fundamental.

Son tratamientos muy específicos que requieren de conocimiento y de voluntad en seguir las indicaciones.

Pacientes con hipoacusia, con mala tolerancia a una determinada posición o con una anatomía peculiar no serían buenos candidatos para realizar esta técnica.

Es por todo ésto que necesitamos una mayor colaboración o ajustar al máximo

las características del paciente a nuestras necesidades.

Será tarea de la enfermera hacer partícipe al paciente en su tratamiento.

La enfermera será la persona de referencia con la que el paciente, en el tiempo que transcurre desde la planificación al inicio del tratamiento, deberá contactar en el caso de tener alguna duda al respecto.

El día del **inicio del tratamiento** el paciente acudirá de nuevo a la consulta de enfermería. Se pre-medica con corticoides en caso necesario (en casos donde esperemos producir una inflamación pulmonar o un flair, aumento del dolor en la zona de irradiación).

Se valorará cada caso y la enfermera se encargará de asegurarse que el paciente está controlado.

Tras la irradiación, con dosimetría en mano, entenderemos mejor el tipo de toxicidad que se puede producir y conjuntamente con el paciente/familia hablaremos de cómo prevenirla o tratarla.


La enfermera se encarga de programar las visitas de control del paciente alter-

nadas con el médico y los seguimientos al finalizar.

Resumiendo, la tarea de enfermería en una SBRT consistirá:

- Instruir al paciente para que entienda mejor la técnica y de ese modo pueda colaborar.
- Coordinar tiempos entre pruebas, planificación y tratamientos. Optimizar recursos.
- Prevenir y tratar signos de toxicidad.
- Controlar a corto y largo plazo al paciente tras la ejecución de la prueba.

En la actualidad, las SBRTs, todavía son tratamientos en fase experimental y se necesita una buena coordinación de tiempos en su ejecución y un buen registro de toxicidades a corto y largo plazo.

El futuro de la Radioterapia debe ir encaminado a un diagnóstico precoz de la patología y una irradiación mucho más precisa, focalizada y personalizada. Enfermería se encuentra dentro del eje preciso de este tratamiento y conjuntamente con el resto del equipo, nuestras actuaciones van a marcar la diferencia con el paso del tiempo ofreciendo un aumento de la supervivencia y mejoría de la calidad de vida. 

BIBLIOGRAFÍA

1. *Stereotactic body radiation therapy for primary and metastatic liver tumors: A single institution phase i-ii study.* Acta Oncológica, 2006; 45: 831_837. Alejandra Méndez Romero, Wouter Wunderink, Shahid M. Hussain, Jacco A. De Pooter, Ben J. M. Heijmen, Peter C. J. M. Nowak, Joost J. Nuytens, Rene P. Brandwijk, Cees Verhoef, Jan N. M. Ijzermans & Peter C. Levendag
2. EP-1409: *Our Experience in stereotactic single-dose radiation therapy of lung tumors.* Radiotherapy and Oncology

12/2014, 11:S125 DOI: 10. 1016/S0167-8140 (15)31527-9. D. ajari Jami, A. Navarro, M. Arnaiz, R. Piñeiro, R. Ramos, S. Aso, E. García, J. Martínez, I. Sacho, F. Guedea.

3. *Individualized image guided iso-NTCP based liver cancer SBRT* Acta Oncológica, 2006; 45: 856_864 Laura A. Dawson, Cynthia Eccles & Tim Craig

4. Article: *Stereotactic body radiation therapy for bone metastasis: Initial Experience.* Reports of Practical Oncology and Radiotherapy 06/2013; 18:S337 DOI: 10.1016/j.rpor.2013.03.526 R. Piñeiro-

retif, A. Navarro Martín, A. Lozano Borbalas, F. Ferrer González, M. Galdeano Rubio, D. ajari, A. del Carpio Barreda, M. Núñez, R. de Blas Piñol, E. García, F. Guedea Edo.

5. Article: *Single Fraction of SBRT in pulmonary lesions.* Reports of Practical Oncology and Radiotherapy 06/2013; 18:S269. DOI: 10.1016/j.rpor.2013.03.319. A. Navarro Martín, R. Piñeiro Retif, M. Arnaiz, R. Ramos, S. Aso, E. García, J. Martínez, I. Sancho, F. Guedea.



¿Sabías que...?

Ana María Palacios



LA BIOPSIA LÍQUIDA IDENTIFICA LAS MUTACIONES DE LOS TUMORES DE COLON Y RECTO NO DETECTADAS CON LA BIOPSIA DE LOS TEJIDOS

immedicohospitalario.es

El estudio CORRECT, publicado en la edición online de *The Lancet Oncology*, es uno de los ensayos más amplios que se han realizado hasta la fecha para comparar los datos que aporta la biopsia líquida con los de la biopsia de tejidos en pacientes con cáncer colorrectal metastásico.

Este estudio internacional, aleatorizado, de fase III, ha analizado mediante biopsia líquida (BEAMing) el ADN de 503 pacientes con cáncer colorrectal metastásico para detectar mutaciones de los genes KRAS, PIK3CA y BRAF en los tumores. A estos pacientes, que ya habían recibido diversas líneas de tratamiento, se les administró el fármaco regorafenib o bien placebo.

Los resultados del ensayo fueron dobles: por un lado, mediante biopsia líquida se detectaron de forma fácil diferentes mutaciones asociadas al tumor. Por otro lado, el estudio también concluye que el fármaco regorafenib es efectivo en pacientes con mutaciones KRAS y PIK3CA.

“Éste es el primer estudio amplio que se ha realizado para comparar los datos de la biopsia líquida con los de la biopsia de tejidos convencional y los resultados apuntan a que con la nueva técnica (BEAMing) podemos conseguir más información sobre la mutación del tumor durante la enfermedad y afinar más la terapia dirigida para cada tipo de paciente y ésto, podría tener un impacto

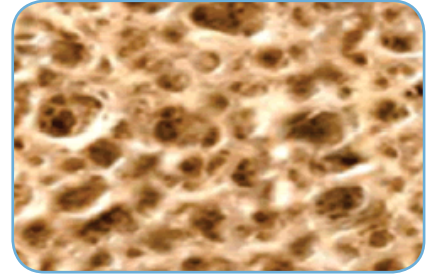
muy elevado en la práctica clínica”, asegura Josep Taberero, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Vall d’Hebron y director del VHIO, que ha codirigido el estudio.

El estudio CORRECT implicó a un gran número de pacientes, facilitando análisis correlativos que mostraron beneficios clínicos de regorafenib en todos los subgrupos donde se habían detectado mutaciones.

El genotipo del tumor juega un papel importante en la resistencia a los fármacos en pacientes con cáncer colorrectal metastásico, pero el genotipo que se obtiene en el momento del diagnóstico puede variar después de diversas líneas de tratamiento. Por este motivo, el análisis del ADN con biopsia líquida ofrece claras ventajas sobre el análisis del ADN con biopsia de tejidos, y está empezando a ganar peso en el campo de la Oncología.

La biopsia líquida, también conocida como test de biomarcadores basados en la sangre, es un método rápido y simplificado para determinar el estado de mutación RAS (KRAS y NAS) en tumores, ya que sólo requiere una única extracción de sangre en lugar de una biopsia de tejido o un procedimiento quirúrgico. Además, proporciona resultados del estado de la mutación en pocos días, cosa que ayuda a decidir el tratamiento más específico y dirigido para cada caso.

Aunque la biopsia líquida todavía tiene algunos interrogantes que hay que resolver como la posibilidad que no todos los tumores liberen una cantidad suficiente de ADN en la circulación de la sangre como para facilitar su detección, así como la imposibilidad de asignar un genotipo específico para cada tumor particular en pacientes con múltiples metástasis, lo cierto es que el estudio CORRECT apunta que la biopsia líquida podría convertirse en una herramienta indispensable en la práctica clínica. ■



IDENTIFICAN UNA CLAVE PARA PREVENIR CÁNCERES SECUNDARIOS

univadis.es

Destacados científicos de la universidad de Sheffield, en Reino Unido, y la Universidad de Copenhague, en Dinamarca, según un artículo publicado en la revista *Nature*, han identificado una posible clave para prevenir cánceres secundarios en pacientes con cáncer de mama, después de descubrir una enzima que aumenta la propagación de la enfermedad.

El cáncer secundario de mama debido a las metástasis es la principal causa de las 12.000 muertes que se producen por cáncer de mama en Reino Unido cada año. El lugar más frecuente al que se propaga la enfermedad es al hueso, que sucede en alrededor del 85% de los pacientes con cáncer de mama secundario.

La nueva investigación, realizada en el Instituto de Investigación del Cáncer, de Londres, detectó que la enzima lisil oxidasa (LOX) liberada del tumor primario provoca agujeros en el hueso y prepara el hueso para la futura llegada de las células cancerosas. Los resultados sugieren que la identificación de LOX en pacientes con cáncer de mama negativo para receptores de estrógeno (ER negativos) en estadio temprano podría permitir a los médicos bloquear la actividad de la enzima, prevenir el daño del hueso y evitar la propagación de las células tumorales al hueso, deteniendo la progresión de la enfermedad.

Los científicos también demostraron que el tratamiento con bifosfonato fue capaz de prevenir los cambios en el hueso y la propagación de la enfermedad en modelos experimentales.

Este trabajo, codirigido por Alison Gartland, del Departamento de Metabolismo Humano de la Universidad de Sheffield, podría conducir a un mejor pronóstico para los pacientes con cáncer en el largo plazo. “Éste es un avance importante en la lucha contra la metástasis del cáncer de mama y estos hallazgos podrían llevar a nuevos tratamientos para detener los tumores de mama secundarios que crecen en el hueso, aumentando las posibilidades de supervivencia de miles de pacientes”, augura Gartland.

La exjefa de Equipo de Biología del Cáncer del Instituto de Investigación del Cáncer, de Londres, Janine Erler, que ahora es profesora asociada en el Centro de Investigación e Innovación Biotecnología en la Universidad de Copenhague, señala: “Una vez que el cáncer se disemina hasta el hueso es muy difícil de tratar. Nuestra investigación ha arrojado luz sobre la vía por la que las células del cáncer de mama preparan el hueso para que esté listo para su llegada. Si fuéramos capaces de bloquear este proceso y traducir nuestro trabajo a la clínica, podríamos parar las huellas del cáncer de mama extendiendo así la vida de los pacientes”. ■



SANIDAD PONE EN MARCHA LA PLATAFORMA “RED DE ESCUELAS DE SALUD PARA LA CIUDADANÍA”

medicosypacientes.com

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha lanzado la plataforma “Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía”, un espacio de ayuda e intercambio con el objetivo de facilitar el emponderamiento de los pacientes, familiares y cuidadores, mediante

la capacitación en autocuidados y autogestión de la enfermedad.

Para ello, se promoverá la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para los cuidados y autocuidados, especialmente en el abordaje a la cronicidad; se estimulará la creación de un espacio de ayuda e intercambio para mejorar el acceso a instrumentos pedagógicos; y se facilitarán actividades de capacitación en salud, promoviendo la alfabetización sanitaria.

Además, en la plataforma se publicarán herramientas para que los pacientes, familiares y cuidadores compartan experiencias y vivencias que aporten soporte emocional; y se promoverá el intercambio y la colaboración entre los pacientes y su entorno con los profesionales.

El Comité Técnico de la plataforma está formado por la coordinadora científica de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), Carmen Ferrer Arnedo; la subdirectora general de Calidad y Cohesión del Ministerio, Paloma Casado Duráñez; el experto de la Escuela Cántabra de Salud, Luis Mariano López López; y la experta de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, Beatriz País Iglesias.

Completan la lista el profesional de la Escuela de Pacientes de Andalucía, Joan Carles March Cerdá; el miembro de la Fundación Salut i Envel·liment, Sergi Blancafort i Alias; el especialista de la Fundación para la formación e investigación de la Región de Murcia, Juan Pedro Serna Mármol; la miembro del Programa Paziente Bizia Osakidetza, Estibaliz Gamboa Moreno; y la experta del Programa Paciente Expert Catalunya, Assumpció González Mestre. ■



LA PELIGROSA TENDENCIA DEL “SUN BURN ART” (LOS TATUAJES SOLARES)

El mundo.es

Este verano, las redes sociales están sirviendo para compartir fotos de una extraña moda que difícilmente podría ser más perjudicial, la de los tatuajes solares, los Sun Burn Art, como se les conoce en Estados Unidos, que es donde más se ha extendido esta nociva práctica.

Bajo la etiqueta #SunburnArt, usuarios de Twitter e Instagram están compartiendo sus artísticas quemaduras solares y mostrando al mundo el resultado de su extrema exposición al sol. Básicamente, la técnica es dibujar con protector solar la forma que queremos que quede tatuada en la piel, y no aplicar ni una gota de protección en el resto del cuerpo. De esta forma, todo el cuerpo se quemará menos la parte en la que se ha aplicado crema, donde quedará marcado un dibujo que compartir en las redes.

Ante el miedo de que estos tatuajes solares puedan llegar a nuestras playas, sus colegas españoles están haciendo lo mismo: “se trata de una moda sin sentido alguno, es un capricho que pone en riesgo tu vida”, señala en conversación con EL MUNDO José Carlos Moreno, presidente de honor de la Academia Española de Dermatología, quien observa con preocupación este nocivo fenómeno.

A pesar de que la evidencia científica está ahí, y que cada año, tanto dermatólogos como oncólogos se esfuerzan cada vez más en explicarla, nunca está de más recordar las indicaciones para ir a la playa: la primera, evitar tomar el sol entre las 11 y las 17 horas. “Cuando tu sombra es más pequeña que tu cuerpo, no se debería tomar el sol”, apunta Moreno.

Además, ir siempre con protección solar, como mínimo, del factor 30. “Hay que aplicarla media hora antes de salir de casa, y volver a echarla cada dos horas. Si te bañas, debes volver a aplicarla nada más salir del agua”, apunta Moreno. Además, según indica este dermatólogo, “hay que combinar la fotoprotección con la protección física, ésto es: gafas, camisetas o sombreros”. ■



Estampa hospitalaria

Vicente Romero

Estoy solo en una habitación doble del Hospital General. El compañero se ha ido esta mañana tras la visita de los médicos. La sonda de la vejiga me impide mover el cuerpo. Pero los ojos y la cabeza no paran de mirar y pensar.

Por el pasillo, un intenso ajetreo de enfermeras, auxiliares de enfermería, limpiadoras, celadores, familiares de los enfermos, etc. Una verdadera nube de representantes comerciales jóvenes, los gastasuelas, con sus trajes oscuros y corbatas de colores discretos, revolotean en torno a los médicos. Con ésto de la igualdad de los géneros, también hay vendedoras, igualmente uniformadas. Provistos de sus maletines y teléfonos móviles, se afanan de un despacho a otro, esperando su turno para abordar a los médicos.

Inmóvil en una cama, empiezo a entretenerme con las cifras: 1.600 camas que hacer al menos una vez al día, un mínimo de 3.200 sábanas que cambiar y lavar, varios miles de comidas diferentes que cocinar y distribuir, 7.000 empleados para mantener el funcionamiento de este inmenso centro humanitario, y así sucesivamente... Para los que estamos postrados, el alma de esta descomunal empresa la constituyen las enfermeras, que se apresuran de una habitación a otra.

Pero mi soledad no dura mucho. A media mañana ocupa la otra cama un anciano de 90 años, recién llegado de un pueblo de Soria. Está sordo como una tapia y habla a gritos con la hija que lo acompaña. La pobre mujer se siente avergonzada y se defiende saliendo de la habitación de vez en cuando.

Pero el viejo no para. Se nota claramente que es la primera vez que está en un hospital. Dirige hacia mí su rostro campesino, curtido por mil aires y soles, y, sin bajar la voz, suelta una andanada de preguntas a las que difícilmente puedo responder.

- ¿Por qué corre esa gente? ¿A dónde va tan deprisa? ¿Pasa algo?

Me mira con sus ojos mortecinos, pero todavía con una chispa de picardía, e inquiera a gritos:

- ¿Es aquí donde hay señoritas que rascan la espalda?

Le contesto con una sonrisa comprensiva.



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