



Vol. 18 - N°3. Agosto 2016

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.

Lunes, 1 de agosto de 2016

SEEO



La SEEO responde

NOTICIAS

La sección de nervios axilares en la cirugía del tumor de mama es causa de dolor crónico.

La asociación Americana del cáncer aconseja vacunar del VPH a varones preadolescentes

Una inmunoterapia frente al cáncer de

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.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

XIII
JORNADAS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
19 Y 20 DE MAYO
MADRID 2016



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

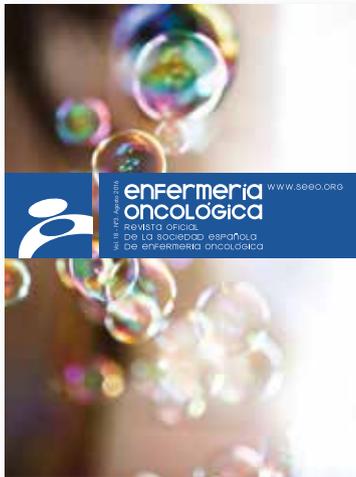
DERMOCOSMÉTICA Y CUIDADO DE LA PIEL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

CURSO ONLINE

sano

SEEO

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, M^ª Rosario Moreno Carmona. Redactor Jefe: Francisco Javier Iruzubieta Barragan. Comité Editorial: Rosa Isabel Escamilla Pastor, Manuel Olivares Cobo, Paz Zabaleta Basurto, Antonio Zamudio Sánchez, Ana María Palacios Romero, Marta González Fernández-Conde, 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** • ACTUALIDAD EN LA FORMACIÓN DE CIUDADOS PALIATIVOS EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA. **13** • LA SEEO ESTUVO EN... **14** • INFOPAL. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. **20** • ENTREVISTA A... **22** • NUEVA VISIÓN DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. **31** NUESTROS COMPAÑEROS DE... **32** • BREVES. **33** • PÍLDORAS COLECCIONABLES. **34** • NOTICIAS DE EUROPA. **37** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **38** • FICHAS COLECCIONABLES. **41** • AGENDA **42** • ¿SABÍAS QUE...? **47** • A LA VANGUARDIA. **49** RELATO. **51** • NORMAS DE PUBLICACIÓN.



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



Nuria Domenech Climent

Editorial



El verano y las vacaciones son palabras que a muchos de nosotros nos evocan paisajes, familia y descanso. Sin embargo, para muchas/os de nosotras/os también nos produce una sensación de intranquilidad cuando pensamos que llega esa época en que las sustituciones van unidas a presión asistencial y cargas de trabajo agravadas, en muchas ocasiones, por nuevas compañeras con poca o nula experiencia en el campo de la oncología. Es en esta época del año especialmente cuando la atención de pacientes oncológicos es llevada a cabo por profesionales de la salud provenientes de diversas áreas o con experiencias en otros campos de la enfermería. ¿Merma la calidad de los cuidados?

Cuando se habla de la atención al paciente con cáncer, es todo un equipo multidisciplinar quien consigue que el enfermo reciba un buen diagnóstico, acceda a los tratamientos que necesita y pase el proceso con la mejor calidad de vida posible. Y en este complejo mecanismo el papel de la enfermería resulta fundamental. Una enfermera oncológica es una pieza clave en la cadena y quien muchas veces da consistencia a las distintas fases de los cuidados oncológicos.

Cualquier época del año es buena para reivindicar la especialización de la enfermería oncológica, pero es en época de estío cuando las dificultades de ser “enfermeras generalistas” pueden aflorar más. Es verdad que las cosas han cambiado mucho en estos últimos quince años, pero no lo suficiente. Todavía nos hallamos lejos de alcanzar una formación especializada y un reconocimiento a nivel legal que nos sitúe al nivel de países europeos donde la especialidad lleva años reconocida. Parece necesario intentar que, a corto y medio plazo, nuestros niveles formativos curriculares converjan y se armonicen con los emanados desde las diferentes universidades europeas donde la enfermería oncológica está reconocida como especialidad.

El nuevo contexto de la Especialidad de Enfermería Oncológica debería contemplar unos aspectos para lograr que ésta sea una especialidad dinámica y moderna que tenga en cuenta el escenario europeo recogiendo aspectos tan importantes como la formación, el ejercicio profesional, las relaciones interdisciplinarias, las sociedades científicas, la investigación traslacional y la corresponsabilidad sanitaria. La capacitación del recurso humano en enfermería oncológica es una necesidad y una convicción para quienes comprendemos que la enfermería oncológica se ubica en la primera línea de cuidados y que su desempeño debería ir de la mano del reconocimiento por los organismos competentes de la especialidad.

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica lleva años luchando por conseguir la especialidad oncológica, ¿te sumas a nuestra batalla? ➔



Actualidad en la formación de **CUIDADOS PALIATIVOS** en los **PLANES DE ESTUDIO** de las Facultades y Escuelas de Enfermería de España

Autora: María Osés Zubiri

Enfermera. Alumna del programa de Doctorado en Salud Pública. Dpto. de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra.

Contacto: oses.4174@eunavarra.es

RESUMEN

Introducción: en Europa, los programas formativos de enfermería en cuidados paliativos pretenden seguir en el futuro unos estándares acordes con la actualidad clínica (envejecimiento-cronicidad, últimas voluntades, autonomía, evidencia clínica...). En España la adaptación de enfermería al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha supuesto una mayor integración de los contenidos competenciales de la disciplina.

Objetivos: determinar que facultades y escuelas de enfermería del país ofrecen formación específica en cuidados paliativos a nivel de grado, máster y docto-

rado, y comparar los resultados con los del curso 2010/2011.

Material y Método: estudio descriptivo y prospectivo. Revisión de los planes de estudio de las facultades y escuelas de enfermería que imparten docencia en cuidados, pertenecientes a la Conferencia Nacional de Decanas/os de Enfermería, organismo que vela por la formación de enfermería en España. Se compararon los resultados con los del curso lectivo 2010/2011.

Resultados: de las 101 escuelas y facultades de enfermería asociadas, un 48,51% imparte asignaturas con contenido específico en cuidados paliativos

en el grado. Un 62,86% de estas 35 asignaturas son obligatorias y el resto optativas. Únicamente tres universidades imparten docencia presencial de tipo máster y ninguna en programas de doctorado.

Conclusión: la formación de enfermería en cuidados paliativos en las Universidades Españolas no es uniforme y existen diferencias entre las diversas facultades y escuelas. Con respecto a los planes de estudio de hace cinco años, ha disminuido un 20% la oferta de asignaturas en cuidados paliativos en el grado.

Palabras clave: educación, enfermería, cuidados paliativos.

ABSTRACT

Introduction: in Europe, training programs in palliative care nursing intend to continue in the future in accordance with today's clinical standards (aging-chronicity, wills, autonomy, clinical evidence ...). In Spain the nursing adaptation to European Higher Education Area, has led to improved integration of competence and contents of the discipline.

Aims: to determine which faculties and nursing schools in the country offer specific training in palliative care at the level of undergraduate, master and doctoral

degrees, and compare the results with those of 2010/2011.

Material and Methods: descriptive and prospective study. Review curricula of faculties and schools that teach in palliative care, belonging to the National Conference of deans nursing agency that oversees nursing education in Spain. The results with the 2010/2011 school year were compared.

Results: of the 101 schools and colleges associated, 48.51% teaches specific courses with contents in palliative care at the undergraduate. A 62.86% of these 35

subjects are obligatory and the rest optional. Only three universities offer master level, but any in doctoral programs.

Conclusion: the nursing training in palliative care in the Spanish Universities is not uniform and there are differences between the various faculties and schools. With respect to the curriculum five years ago, it has fallen 20% offer courses in palliative care in undergraduate programs.

Keywords: education, nursing, palliative care.

INTRODUCCIÓN

Enfermería juega un papel importante en la asistencia al final de la vida, enmarcándose como un profesional que ha de ser educado en base a la filosofía de proteger y mantener ante todo la dignidad de la persona¹. Las principales actitudes de enfermería en relación al cuidado de personas en el final de la vida dependen por un lado de factores demográficos como la edad, la raza, la religión, y por otro lado de factores como la actitud del profesional hacia la muerte, el nivel de educación y formación en tanatología, el tiempo de experiencia como enfermera y el porcentaje de tiempo en contacto con pacientes terminales².

Hay que tener en cuenta además la interdisciplinariedad de la educación, ya que es esencial para alcanzar una atención responsable, a través de una comunicación fluida y sostenible entre los diferentes estamentos que forman parte del equipo de salud^{3,4}.

El contexto socio político actual de envejecimiento demográfico y tecnificación de la medicina, obliga a realizar una mejora en la integridad de los cuidados de calidad demandados por la población, lo que hace pensar en una adecuada adaptación de la formación de cuidados paliativos en base a conceptos de promoción y educación para la salud^{5,8}.

Desde organismos como la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (AECV), se trabaja sobre la unificación de los programas formativos en forma de guías para el desarrollo de una educación multidisciplinar en cuidados paliativos a lo largo de Europa. Este modelo está basado en el aprendizaje auto dirigido y en la resolución de problemas, por lo que favorece un pensamiento reflexivo encaminado a encontrar la mejor respuesta a los problemas subyacentes del paciente, la familia/cuidador, el equipo de cuidados, la sociedad y el sistema de salud⁹. Los niveles de formación en cuidados paliativos que han de desarrollarse para enfermería se dividen en básico, avanzado y especialista (nivel A, B o C), y han de adquirirse gradualmente y de manera acumulativa, entendiéndose que si se adquiere el nivel B ha de haberse desarrollado previamente el nivel A¹⁰. Actualmente bajo este marco, se está desarrollando un programa que pretende salir a la luz en diciembre de 2016.

En las universidades españolas, se contempla la formación en cuidados paliativos, pero existen diferencias en cuanto a los contenidos de las asignaturas¹¹. Un estudio que analiza las competencias relacionadas con el cuidado paliativo entre estudiantes de ciencias de la salud, evidencia que existe un escaso

conocimiento sobre aspectos como la legislación en términos de muerte digna, medidas de soporte vital, limitación del esfuerzo terapéutico y habilidades de comunicación en cuidados paliativos¹². En el grado de medicina, aproximadamente la mitad de las universidades españolas incluyen asignaturas de cuidados paliativos ya sea de forma optativa u obligatoria¹³.

El objetivo de este estudio es valorar la situación actual de la oferta de asignaturas de cuidados paliativos de los planes de estudio de las facultades y escuelas de enfermería de las universidades españolas y comparar estos resultados con los obtenidos en el curso lectivo 2010/2011.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó el contenido de los planes de estudio de cada una de las escuelas y facultades de enfermería del curso lectivo 2015/2016, que resultan inscritas a la Conferencia Nacional de Decanos/as de Enfermería (CNDE)¹⁴. Forman parte de la CNDE todos aquellos Centros Universitarios donde se imparte la titulación de Enfermería, ya sean escuelas o facultades que tengan intereses en el estudio, la reflexión y el análisis de los problemas que inciden en el ámbito de la formación de enfermería de España desde una perspectiva académica, social y profe-

sional. Para la selección de las asignaturas, se tuvo en cuenta que incluyeran en su título los términos cuidados paliativos, cuidados terminales, paciente terminal, muerte, fin de vida, procesos terminales o proceso de morir, así como contenidos competenciales que coinciden con los descritos en el programa End-of-Life Nursing Education Consortium ELNEC-International (manejo del dolor y síntomas, cuidado en el momento de la muerte, atención al duelo y la pérdida, aspectos de comunicación y cultura en torno al final de la vida)¹⁵. Ello se realizó entre los meses de septiembre a octubre de 2015. Por último, se emplearon los datos del curso académico 2010-2011, representados en el estudio de Vallés y

García, con el fin de comparar los resultados para el grado de enfermería¹¹.

RESULTADOS

Existen 101 escuelas y facultades inscritas en la CNDE. Un 48,51% de los centros contemplan en sus planes de estudios la formación específica en cuidados paliativos, bien sea de manera exclusiva o compartida con otras ramas de la enfermería.

Se encontró en los planes de estudio 35 asignaturas con contenidos en cuidados paliativos, dos tercios de las cuales tienen carácter obligatorio y el resto son optativas (tabla 1). El 36,3% de las asignaturas comparten los créditos con contenidos en geriatría, cuidados críticos o

cronicidad y el resto (63,6%) imparten sólo competencias en cuidados paliativos. El rango de créditos de las asignaturas es de 3 a 6 ECTS (*European Credit Transfer System* en inglés equivalente a 25-30 horas de trabajo por crédito). El 85.71% de las asignaturas se imparten en los años de 3º y 4º curso. En las Comunidades Autónomas de Aragón, Islas Baleares, Castilla la Mancha y Cantabria no existe en los planes de estudio del grado de enfermería, ninguna asignatura relacionada con los cuidados paliativos. La Universidad de Huelva es la única que aborda la asignatura desde una perspectiva multidisciplinar.

Solamente tres universidades imparten un programa presencial de máster en

UNIVERSIDAD-FACULTAD/ESCUELA	NOMBRE DEL CURSO
2º CURSO	
OBLIGATORIA 6 ECTS	
Universidad de Granada. F. de Ciencias de la Salud y Centro de Enfermería Virgen de las Nieves (Granada). F. de Ciencias de La Salud "Federico González Azcune" (Ceuta). F. de Enfermería (Melilla).	Cuidados Paliativos
Universidad Alfonso X El Sabio. F. de Ciencias de La Salud (Villanueva de la Cañada).	Cuidados Paliativos y Ética Aplicada
3º CURSO	
OBLIGATORIA 6 ECTS	
Universidad de Extremadura. F. de Enfermería y Terapia Ocupacional (Cáceres). F. de Medicina (Badajoz). Centro Universitario de Plasencia (Plasencia). Centro Universitario de Mérida (Mérida).	Cuidados Paliativos
Universidad de Jaén. F. de Ciencias de la Salud (Jaén).	Atención de Enfermería a Personas en Estado de Necesidad y Terminales
Universidad de Alcalá. F. de Enfermería y Fisioterapia (Alcalá de Henares). F. de Medicina y Ciencias de La Salud (Guadalajara).	Enfermería Clínica en la Edad Adulta, Procesos Crónicos, Avanzados y Terminales
Universidad de Sevilla. Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Española (Sevilla). Centro de Enfermería "San Juan de Dios" (Sevilla). F. de Enfermería, Fisioterapia y Podología (Sevilla).	Cuidados Críticos y Paliativos
Universidad Camilo José Cela. F. de Ciencias de La Salud (Madrid).	Atención al Paciente Crítico y Cuidados Paliativos
Universidad de Cádiz. F. de Enfermería y Fisioterapia (Cádiz). F. de Enfermería (Jerez).	Atención al Paciente Crítico y Cuidados Paliativos
4º CURSO	
OBLIGATORIA 6 ECTS	
Universidad Complutense de Madrid. F. de Enfermería, Fisioterapia y Podología (Madrid).	Enfermería de la Vejez, Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor
Universidad de Córdoba. F. de Medicina y Enfermería (Córdoba).	Enfermería Clínica Avanzada. Cuidados Críticos y Paliativos
Universidad de Alicante. F. Ciencias de La Salud (Alicante).	Cuidados de Enfermería en la Cronicidad, Dependencia, Geriatría y Cuidados Paliativos

UNIVERSIDAD-FACULTAD/ESCUELA	NOMBRE DEL CURSO
3º CURSO	OBLIGATORIA 4.5 ECTS
Universidad Católica “San Vicente Mártir” F. de Enfermería (Valencia).	Cuidados al Paciente Crónico y Terminal
Universitat Pompeu Fabra Escuela Superior de Enfermería del Mar (Barcelona).	Infermeria en Processos de Mort i Dol
3º CURSO	OBLIGATORIA 4 ECTS
Universidad Rey Juan Carlos. F. Ciencias de La Salud (Madrid).	Cuidados Paliativos
4º CURSO	OBLIGATORIA 4 ECTS
Universidad Jaime I. F. de Ciencias de La Salud (Castelló de la Plana).	Cures Palliatives
3º CURSO	OBLIGATORIA 3 ECTS
Universidad Autónoma de Barcelona. Escola Universitaria de Enfermería Gimbernat (Sant Cugat del Vallés, Barcelona).	Enfermería y Cuidados Paliativos
Universidad de Vic – UCC. Facultat de Ciències de La Salut (Vic).	Cures al Final de la Vida
Universidad de León. E.U. de Ciencias de La Salud (León). E.U. de Ciencias de La Salud (Ponferrada).	Cuidados Paliativos
Universidad Nebrija. Centro Universitario de Ciencias de La Salud (Madrid).	Cuidados Paliativos
4º CURSO	OBLIGATORIA 3 ECTS
Universidad Pontificia Comillas. E.U.E. y Fisioterapia “San Juan de Dios” (Madrid).	Cuidados Paliativos
Universidad de Salamanca. E.U.E. y Fisioterapia (Salamanca). E.U.E. de Ávila. E.U.E. de Zamora.	Enfermería en Cuidados Paliativos
2º CURSO	OBLIGATORIA 3 ECTS
Universidad de Murcia. E.U.E. (Cartagena). F. Ciencias Socio-sanitarias (Lorca). F. de Enfermería (Murcia).	Cuidados Paliativos
1º, 2º, 3º Y 4º CURSO	OPTATIVA 6 ECTS
Universidad de La Rioja. E.U.E. de Logroño.	La Muerte y el Morir Como Proceso Social y Sanitario
3º CURSO	OPTATIVA 5 ECTS
Universitat Pompeu Fabra. Escola Superior de Ciències de La Salut (Mataró).	Final de Vida en el Pacient Crònic
3º CURSO	OPTATIVA 6 ECTS
Universitat de Lleida. F. de Enfermería (Lleida).	Cuidados Paliativos
Universidad del País Vasco. E.U.E. de San Sebastián.	Atención en Fin de Vida y Cronicidad
4º CURSO	OPTATIVA 6 ECTS
Universidad Autónoma de Barcelona. F. de Medicina (Barcelona).	Proceso de Morir. Mención en Vejez y Salud
Universidad de Oviedo. E.U.E. de Cabueñes (Gijón).	Cuidados Paliativos en Enfermería
Universidad de Huelva. F. de Enfermería (Huelva).	Afrontamiento de la Muerte: Intervención Interdisciplinar
4º CURSO	OPTATIVA 3 ECTS
Universidad Autónoma de Barcelona. E.U.E. del Hospital de La Santa Creu I Sant Pau (Barcelona).	Cures Infermeres Específiques en l'Àmbit de l'Oncologia. Cures Palliatives a la Persona amb Càncer

Universidad de Navarra. F. de Enfermería (Pamplona).	Cuidados Paliativos
Universitat Ramon Llull. F. de Ciències de La Salut Blanquerna (Barcelona).	Cures Palliatives
Universidad Pontificia de Salamanca. F. de Ciencias de La Salud (Salamanca).	Actividad de Enfermería con Enfermos Oncológicos
3° CURSO	OPTATIVA 3 ECTS
Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila. F. de Ciencias y Artes (Ávila).	Cuidados Paliativos
1° CURSO	OPTATIVA 3 ECTS
Universitat de Barcelona. E.U.E. Sant Joan de Deu (Esplugues de Llobregat, Barcelona).	La Enfermería en las Curas Paliativas

Tabla 1. Relación de universidades, facultades y escuelas de enfermería asociadas a la CNDE que brindan una asignatura en cuidados paliativos en el grado de enfermería 2015/2016, según curso y número de créditos de que consta. OB: obligatoria; OP: Optativa. E.U.E.=Escuela universitaria de enfermería. ECTS (créditos de formación según el EESS. European Credits Transfer System).

cuidados paliativos (tabla 2). Las tres universidades coinciden en la carga lectiva del curso de 60 ECTS.

No se encontró ninguna universidad que impartiera de forma específica ningún programa a nivel de doctorado.

De manera visual, el mapa geográfico que indica la relación de ciudades donde se imparten asignaturas específicas de cuidados paliativos se muestra en la figura 1.

Con respecto al plan de estudios de 2010-2011, se reduce un 15% el número de asignaturas en cuidados paliativos (63,39% frente al 48,51%). Ello deriva de que se elimina la asignatura en algunas facultades y escuelas de Galicia (F. de Enfermería y Podología de Ferrol, F. de Enfermería de Santiago y E.U.E de Lugo), Islas Baleares (Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia), Asturias (F. de Medicina y Ciencias de La Salud de Oviedo), Castilla la Mancha y en las Comunidades Autóno-

mas de Madrid y de Murcia¹¹. En la Comunidad Autónoma de La Rioja la asignatura pasa de ser obligatoria a optativa.

DISCUSIÓN

La oferta de asignaturas con contenidos específicos en cuidados paliativos en los programas de grado con respecto a hace cinco años en las facultades y escuelas de enfermería de España ha disminuido en un porcentaje pequeño pero a tener en cuenta, ya que con respecto a ello pueden verse aumentadas las deficiencias de formación en cuidados paliativos y al final de la vida. Hay que considerar que la formación a nivel de grado en cuidados paliativos tiene un efecto positivo en las actitudes hacia el cuidado del paciente terminal¹⁶. En cuanto a las necesidades de formación en competencias al final de la vida, hay que considerar por orden de importancia diversos aspectos como la práctica avanzada, cuidados al momento de la muerte, calidad del cuidado, comunica-

ción y apoyo al paciente y a la familia, cuidados espirituales y duelo, manejo de dolor y síntomas, gestión y coordinación de cuidados, aspectos éticos y culturales, e otros como la investigación y los aspectos legales¹⁷ (Schlairet, 2009).

El carácter de la asignatura se mantiene de forma general como obligatorio frente al optativo, lo que otorga mayor importancia a la asignatura dentro del diseño del plan de estudios. Teniendo en cuenta el título de la asignatura se evidencia que once de los programas, se imparten junto con otros contenidos como son los cuidados críticos, la cronicidad o la geriatría, lo que hace disminuir el número de horas que se dedica exclusivamente a este apartado. Es necesario el abordaje de los contenidos al final de la vida de forma multidisciplinar, para que el profesional de enfermería brinde unos cuidados más competentes, adecuados y eficientes junto con el resto del equipo de salud. Siguiendo este modelo

UNIVERSIDAD	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TIPO	ECTS
Universidad de Granada (Granada)	Máster Universitario en Cuidados de Salud para la Promoción de la Autonomía de las Personas y la Atención a los Procesos del Fin de la Vida	O	60
Universitat de Vic Universidad Central de Cataluña/ Universitat de Barcelona (Vic)	Màster Universitari en Atenció i Cures Palliatives	P	60
Universidad Pontificia Comillas (Madrid)	Máster Universitario en Cuidados Paliativos	P	60

Tabla 2. Universidades españolas que ofrecen formación en máster relacionado con cuidados paliativos 2015/2016. O=OFICIAL; P=PROPIO.



Figura 1. Detalle de las ciudades donde se imparte una asignatura de cuidados paliativos. Las ciudades encuadradas encabezan la lista donde imparten docencia a nivel de máster.

de competencias basado en la colaboración interdisciplinar, el profesional aprende los diferentes roles necesarios para abordar las distintas dimensiones del paciente y su familia mediadas por otros profesionales como pueden ser médicos, nutricionistas, farmacólogos, capellanes, fisioterapeutas, voluntarios, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas...¹⁸. Es necesario un mayor abordaje de la formación de cuidados paliativos a otros niveles más responsables, como pueden ser el de profesionales de enfermería que trabajen en áreas especializadas de atención en cuidados paliativos y afines (oncología, atención primaria y atención de ancianos) y de profesionales de enfermería responsables de la gestión servicios o unidades de cuidados paliativos o que asesoren y/o contribuyan activamente en procesos de formación e investigación (nivel B y nivel C correspondientemente)⁹.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las Universidades San Pablo CEU de Madrid, Universidad Europea de Valencia y San Jorge de Zaragoza no se encuentran adscritas a la CNDE, por lo que no se han incluido en el estudio. A

pesar de ello, no se encontró en sus planes de estudio una asignatura específica en cuidados paliativos. Si se ha encontrado que la Universidad de Vigo, en sus sedes de E.U.E de Pontevedra y E.U.E Povisa, imparte la asignatura *Enfermería geriátrica y cuidados paliativos*, pero tampoco se ha encontrado como adscrita en la CNDE.

Por otro lado, el análisis del estudio se ha realizado encaminado a distinguir qué asignaturas son específicas de cuidados paliativos, por lo que no se han tenido en cuenta aquellas asignaturas que dedican algún módulo a los cuidados paliativos dentro de éstas.

CONCLUSIÓN

Considerando la formación básica de pregrado, es importante que de alguna manera esté presente en los planes de estudio de todas las universidades españolas que imparten el grado en enfermería. Este estudio demuestra que no hay una concordancia entre las estrategias de la AECOP dirigidas a promover la docencia en cuidados paliativos y la oferta docente de las universidades

españolas con respecto al de cuidados paliativos⁹.

Además se deduce que la educación universitaria específica en cuidados paliativos en primer y segundo ciclo es desigual y no alcanza las necesidades educativas de contenido y accesibilidad geográfica en España. La enfermería en este contexto precisa de programas de aprendizaje con los que desarrollar estrategias de afrontamiento con las que proporcionar el cuidado adecuado al final de la vida¹⁹.

La incorporación de los cuidados paliativos como asignatura obligatoria a nivel de grado está siendo incorporada progresivamente en los planes de estudio de las escuelas y facultades de enfermería de las universidades españolas, pero dista mucho de que se imparta como disciplina en aproximadamente la mitad de ellas. Se propone tras el análisis de este estudio, reforzar la proyección docente de enfermería en cuidados paliativos en todos los niveles. Para ello será necesaria la colaboración de profesionales sanitarios con experiencia en cuidados paliativos. 🌐

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Arca, M., 2014. Enfermería en el proceso de humanización de la muerte en los sistemas sanitarios. *Enferm Clin*, 24(5), pp. 296-301.
2. Dunn, K. S., Otten, C. & Stephens, E., 2005. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1).
3. Spencer, J. & Jordan, R., 1999. Learner centred approaches in medical education. *British Medical Journal*, May, Issue 318, pp. 1280-1283.
4. Borrás, J. y otros, 2014. Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur J Can*, Feb, 50(3), pp. 475-80.
5. Martínez Martín, M. L., 2007. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. *Educación Médica*, Junio, 10(2), pp. 93-96.
6. Higginson, I. & Koffman, 2005. Public health and palliative care. *J.Clin Geriatr Med*, pp. 45-55.
7. Paul, S. & Sallnow, L., 2013. Public health approaches to end-of-life care in the UK: an online survey of palliative care services. *BMJ Support Palliat Care*, pp. 196-9.
8. Ministerio de Sanidad, 2011. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014*, Madrid: s.n.
9. European Association on Palliative care (EAPC), 2015. [En línea] Available at: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/Nursing.aspx> [Último acceso: 9 abril 2015].
10. De Viegler, M., Gorchs, N., Larkin, P. & Porchete, F., 2004. Dimensions of the palliative care learning process. *Eur J Pall Care*, 11(4).
11. Vallés Martínez, P. & García Salvador, I., 2013. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Med Paliat*, 20(3), pp. 111-14.
12. Morales - Martín, A. M., Schmidt - Riovalle, J. & García - García, I., 2012. Conocimiento sobre la ley andaluza de muerte digna y percepción sobre la formación en la atención a enfermos terminales del alumnado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada, España. *Invest. educ. enferm*, Sept, 30(2), pp. 215-219.
13. Vaquero Cruzado, J. & Centeno Cortés, C., 2014. Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad española. *Med Paliat*, 21(1), pp. 3-8.
14. CNDE, 2015. *Conferencia nacional de decanos/as de enfermería*. [En línea] Available at: <http://www.cnde.es/index.php?art=18> [Último acceso: 1 Septiembre 2015].
15. Paice, J. y otros, 2008. Global efforts to improve palliative care: the International End-of-Life Nursing Education Consortium Training Programme. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), pp. 173-180.
16. Mallory, J., 2003. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), pp. 305-312.
17. Schlairet, M. C., 2009. End of life nursing care: statewide survey of nurse's education needs and effects of education. *Journal of Professional Nursing*, 25(3), pp. 170-177.
18. Egan, K. & Abbott, P., 2002. Interdisciplinary team training. Preparing new employees for the specialty of hospice and palliative care. *Journal of hospice and palliative nursing*, 4(3), pp. 161-171.
19. Wilson, J. & Kirshbaum, M., 2011. Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *J Nurs*, May, 20(9), pp. 559-63.

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



La SEEO estuvo en...

XII Jornadas de la SEEO



Los días 19 y 20 de mayo de 2016 se han celebrado en Madrid las XIII Jornadas de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, con el lema **“Cuidados oncológicos desde la evidencia”** con la asistencia de más de 300 congresistas. La temática abordó temas como los largos supervivientes, la biocronología, las nuevas terapias en los cánceres más prevalentes, las nuestras estrategias de atención en cuidados, la seguridad en la administración, las terapias complementarias sobre las que existe evidencia, la investigación, la calidad, la satisfacción de los pacientes, y los nuevos escenarios que se presentan en Oncología.

Se han presentado más de 100 comunicaciones tipo póster y unas 20 comunicaciones orales gracias a la participación de muchos profesionales de enfermería oncológica a nivel nacional, lo que demuestra, una vez más, el interés por mejorar el nivel de competencia

profesional y buscar la mejor evidencia disponible de cara a la calidad de los cuidados.

Durante la cena de clausura de las Jornadas se llevó a cabo la entrega de Premios patrocinados por Pfizer-Hospira que fueron para:

PRIMER PREMIO PÓSTER

Actitud y afrontamiento ante la muerte en los profesionales de enfermería. D. Jesús Antonio Fernández Fernández. Unidad de Oncología. Hospital Universitario de León.

SEGUNDO PREMIO PÓSTER

El cáncer, la sexualidad y tú. Laura Martín Argiles. Hospital Clínico de Barcelona

PRIMER PREMIO COMUNICACIÓN ORAL

Análisis de las necesidades de la familia del paciente oncológico pediátrico durante la hospitalización. Dña. Rosario

Cumplido Corbacho. Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

SEGUNDO PREMIO COMUNICACIÓN ORAL

Afrontamiento, factores psicosociales y calidad de vida durante el tratamiento de quimioterapia sistémica ambulatoria: un estudio longitudinal y multicéntrico. Dña. Ainhoa Ulibarri Ochoa. Escuela Universitaria de Enfermería de Victoria.

PREMIO AL MEJOR ARTÍCULO DE LA REVISTA 2015

La metáfora del cáncer. Dña. Beatriz González Oblanca. Hospital Alvaro Cunqueiro. Vigo

Ahora estamos inmersos ya en el trabajo de cara al próximo Congreso Nacional que tendrá lugar en Valencia el año que viene, y esperamos seguir contando con vuestra participación.



InfoPAL. Sistema de información en Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid

Autora: Ana M^a Tordable Ramírez
*Enfermera. Equipo de Soporte Paliativa Domiciliario.
Dirección Asistencial Norte. SERMAS. Madrid.*

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

Este trabajo fue presentado como comunicación oral en las Jornadas de la SEEO celebradas en Toledo en 2014.

RESUMEN

El proyecto infoPAL, (historia clínica paliativa informatizada) se enmarca dentro del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos (2010–2014) de la Comunidad de Madrid, en el cual participan numerosos profesionales y expertos con los objetivos de mejorar la organización de la atención paliativa en la región, adecuar la dotación de recursos a las necesidades y asegurar la calidad de la atención, entre otros.

InfoPAL se ha construido aprovechando la infraestructura de la Historia Clínica Electrónica Única Centralizada de Atención Primaria, la aplicación AP-Madrid, la cual facilita la continuidad asistencial tanto en el ámbito de Atención Primaria como en Especializada y la identificación unívoca de pacientes con el fin de mejorar la calidad asistencial.

El sistema InfoPAL está compuesto de protocolos específicos. Cualquier profesional con clave de acceso a los siste-

mas de paliativos podrá abrir la historia clínica del paciente.

El objetivo del artículo es describir el proyecto infoPAL de los cuidados paliativos y su implantación y desarrollo en la Comunidad de Madrid.

Palabras clave: Historia clínica informatizada. Cuidados paliativos. Registro.

INTRODUCCIÓN

En la *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud* en el desarrollo de las líneas estratégicas están¹:

1. Atención integral.

Los objetivos planteados fueron:

- a. Proporcionar a los pacientes con enfermedad avanzada-terminal y a su familia una valoración integral adaptada en cada momento a su situación en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo el proceso.
 - Identificar a los pacientes en situación avanzada terminal y registro en su historia clínica.
 - Disponer de un plan terapéutico y de cuidados coordinado con los diferentes profesionales sanitarios de atención primaria y especializada implicados, basados en una valoración integral adaptada a las necesidades físicas, emocionales, sociofamiliares, espirituales y culturales de los pacientes.
 - Realizar una valoración integral de la familia del paciente, con especial énfasis en el cuidador principal, con el fin de prevenir la fatiga en el desempeño del rol.
 - Establecer un sistema de monitorización que permita evaluar el buen control del dolor y otros síntomas.
 - Realizar planteamientos asistenciales de los objetivos de cuidados tras identificación de la fase de agonía o de últimos días en cualquier nivel asistencial.
- b. Proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada una atención basada en las mejores prácticas y evidencias científicas disponibles.
 - Establecer por las Comunidades Autónomas procedimientos de actuación y evaluación del proceso de C.P.
 - Disponer en cada Comunidad Autónoma de un sistema de registro y evaluación sistemática de resultados clínicos en pacientes en situación de enfermedad avanzada.

- Implantar por parte de las C.C.A.A. guías de práctica clínica de acuerdo a los criterios de calidad establecidos por el Sistema nacional de Salud.
- Establecer pautas de intervención específicas, basadas en la evidencia.

2. Organización y coordinación.

Los objetivos establecidos fueron:

- a. Disponer de un modelo organizativo explícito para que las personas reciban C.P. de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales.
 - Implementar en cada Comunidad Autónoma un modelo regional de C.P. en forma o plan o programa específico, con órganos responsables de su coordinación y gestión.
 - Los equipos de atención primaria serán responsables de los C. P. de los enfermos en fase avanzada-terminal en el domicilio, en coordinación con atención especializada.
 - Los equipos de atención primaria dispondrán de un equipo de cuidados paliativos de referencia para apoyo y/o soporte domiciliario en casos de complejidad.
 - Disponer, para todos los pacientes que lo precisen, de un equipo hospitalario de C.P. de referencia y/o unidad de C.P.
 - Proporcionar cobertura de atención paliativa para los pacientes ingresados en domicilio especiales, en igualdad de condiciones que para la población general.
 - Los profesionales que presten atención directa dispondrán desde que se identifique la situación avanzada-terminal, de la información clínica debidamente actualizada, la valoración de las necesidades y el plan terapéutico y de cuidados especialmente ante cualquier cambio de ubicación asistencial del paciente.
 - Cuando la aplicación tecnológica de la información así lo permita, los profesionales de primaria y especializada ten-

drán acceso a la información clínica, debiéndose avanzar hacia la historia clínica compartida.

- b. Establecer un sistema organizativo que garantice la coordinación entre los diferentes recursos asistenciales y sociales y promueva acciones integradas.

3. Autonomía del paciente.

4. Formación.

5. Investigación.

En el *Plan Estratégico de la Comunidad de Madrid en Cuidados Paliativos* en su línea de actuación 1, está destinada a desarrollar la organización de dichos cuidados siendo uno de sus puntos “promover y participar en el diseño y elaboración de propuestas en el ámbito organizativo, asistencial, formativo, etc. de Cuidados Paliativos”².

En el ámbito organizativo en su objetivo número 3 destaca:

Desarrollar el *sistema de información* de Cuidados Paliativos que refleje y apoye la organización de los recursos asistenciales pertinentes a la atención paliativa y que debe incluir:

- Puesta en marcha de un registro centralizado de casos correspondientes a personas susceptibles de recibir atención paliativa.
- Diseño de documentación específica:
 - Informe Único de Derivación.
 - Plan de Actuación Interdisciplinar Individualizado.
 - Informe de Salida del Programa.
- Diseño de una historia clínica paliativa, integrada con el resto de sistemas de información asistenciales.

Tanto en la Estrategia Nacional como en el Plan Estratégico de la Comunidad de Madrid de C.P., (resaltado en azul) hablan de formalizar la historia clínica compartida y es ahí donde nos queremos centrar en este artículo.

InfoPAL (HISTORIA CLÍNICA PALIATIVA INFORMATIZADA)

Se ha construido aprovechando la infraestructura de la Historia Clínica Electrónica Única Centralizada de Aten-



Figura 1. CP_DERIVACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS ADULTO (DGAP).

ción Primaria, la aplicación AP-Madrid, la cual facilita la continuidad asistencial tanto en el ámbito de Atención Primaria como en la Atención Hospitalaria y la identificación unívoca de pacientes con necesidad de cuidados paliativos, con el fin de mejorar la calidad asistencial.

El sistema InfoPAL está compuesto de protocolos específicos de Cuidados Paliativos (C.P.) que cualquier profesional con clave de acceso a los sistemas de paliativos podrá abrir, para consultar la evolución del proceso de un paciente, tramitar un recurso específico o ser participe en los cuidados del paciente y su registro tras la atención personalizada del mismo.

El objetivo del artículo es describir como se desarrolla dicha historia clínica informatizada, a través del proyecto infoPAL, de cuidados paliativos, su implantación y desarrollo en la Comunidad de Madrid.

DESARROLLO

En una primera fase se realizó un grupo de trabajo para definir los protocolos que se consideraban básicos para realizar el registro, utilizado en el seguimiento de pacientes con necesidades paliativas y que resultase útil para todos los profesionales que participan a lo largo de la historia de enfermedad de un paciente. Se convocó a un grupo de expertos donde se facilitó el encuentro de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, informáticos o responsables

de registro, profesionales del área de calidad, responsable de la coordinación regional, etc. Se dio relevancia a profesionales de distintas unidades implicadas, del ámbito hospitalario, equipo de soporte de atención paliativa hospitalaria, del ámbito de atención primaria, equipo de soporte de atención paliativa domiciliaria, de atención telefónica 24 h, de hospitales de media-larga estancia paliativa^{3,4}.

Una vez formado el grupo de expertos y realizada la lectura de documentación bibliográfica, se realizó una distribución de desarrollo de protocolos llegando al consenso de los siguientes:

A99.01 PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Es el primer ítem de codificación diagnóstica que hay que crear, es la formulación del episodio A99.01 Paciente con necesidad de C.P., en la Historia Clínica Electrónica Única Centralizada de Atención Primaria en el programa de la aplicación AP-Madrid, del paciente. Puede ser creado por el médico responsable u otro profesional sanitario que participe en el proceso asistencial del paciente, si no estuviera creado. Se puede crear desde los distintos ámbitos asistenciales en la historia clínica de Atención Primaria. Con ello se identifica al paciente con enfermedad avanzada/terminal. El registro identificará la población en esta situación específica, dando a conocer la necesidad de recursos.

En dicho episodio se puede codificar la clasificación CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) para identificar la enfermedad del paciente⁵.

CP_DERIVACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS ADULTO (DGAP)

Los equipos de Atención Primaria serán responsables de los C.P. de los enfermos en fase avanzada/terminal en el domicilio y tras su valoración exhaustiva, si consideran necesario apoyo para el seguimiento de los Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD)^{3,4,5} realizarán este protocolo, Derivación Cuidados Paliativos Adulto, documento donde especifiquen los datos de filiación, los antecedentes, el diagnóstico y tratamiento actual, así como la situación clínica y el motivo de derivación, pudiendo ser, mal control sintomático, toma de decisiones complejas, petición de cama de C.P. etc.

Este documento único de derivación es igualmente utilizado desde los ESAPD para derivación a unidades de camas o viceversa (figura 1).

CP_PROG.AT.EQUIPO CP (DGAP)

Es el Protocolo de Atención con Equipo de Cuidados Paliativos, es el protocolo de registro de intervención o actuación de los ESAPD y ESAPH (Equipos de Soporte Paliativa Hospitalaria)^{3,4} para indicar en la historia clínica su derivación y demanda, pudiendo ser ésta, de forma puntual con una sola valoración



Figura 2. VALORACIÓN.



Figura 3. CP_DOLOR (VALORACIÓN ESPECÍFICA) (DGAP).

del paciente e indicación, plan de cuidados o coordinación, así como entrar en seguimiento conjunto con ESAPD y los profesionales de Atención Primaria. Igualmente se indicará el motivo si saliese del programa, derivación a otro nivel asistencial, alta por control sintomático, éxitos, etc.

CP_VALORACIÓN (DGAP)

Para unificar criterios de valoración integral del paciente se activará el protocolo de valoración que está compuesto por distintas pantallas. En la primera se determina la situación de enfermedad avanzada especificando si es una enfermedad oncológica o no oncológica, el grado de información que tiene el paciente y la familia respecto a la enfermedad así como si existe o no conspiración del silencio. En distintos campos desplegados estarán Anamnesis I y II, Exploración, Procesos Oncológicos, No Oncológicos, Pronóstico y Tratamiento (figura 2).

CP_DOLOR (VALORACIÓN ESPECÍFICA) (DGAP)

Protocolo específico de dolor, donde se determine en todas las características de dicho síntoma, clasificación, intensidad,

localización, control, manejo, factores de mal pronóstico. Consta de dos campos desplegables (figura 3).

CP_PF ENFERMERÍA ADULTO (DGAP)

El protocolo PF Enfermería Adulto son los Planes de Cuidados estandarizados de enfermería, que se presentan como guía para su realización dentro del programa de "Paciente susceptible de recibir Cuidados Paliativos" y servir de referente a la recogida de información necesaria para la realización de la valoración general, como para la identificación de problemas, propuesta de objetivos, planificación y desarrollo del plan de cuidados.

La información generada a través del Proceso de Atención de Enfermería, constituye un valor añadido a la información clínica ya existente sobre la atención al usuario y por tanto debe ser vinculante y accesible para todos los profesionales de enfermería.

Para la realización del Proceso de Atención de Enfermería se han elegido los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Cumple todos los requisitos necesarios de una valoración enfermera eficaz,

por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero. Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y la comunidad. Se trata de configuraciones y comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

El protocolo consta de 11 campos desplegados de valoración:

- Patrón 1. Percepción de salud.
- Patrón 2. Nutrición-metabólico.
- Patrón 3. Eliminación.
- Patrón 4. Actividad-ejercicio.
- Patrón 5. Sueño-descanso.
- Patrón 6. Cognitivo-perceptivo.
- Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto.
- Patrón 8. Rol-relaciones.
- Patrón 9. Sexualidad reproducción.
- Patrón 10. Tolerancia al estrés.
- Patrón 11. Valores-creencias.

Deber ser registrado por profesional de enfermería del equipo específico que atienden en ese momento al paciente, en las distintas fases del proceso de la enfermedad⁷ (figura 4).



Figura 4. CP_PF ENFERMERÍA ADULTO.



Figura 5. CP_VÍA SUBCUTÁNEA.



Figura 6. CP_ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DÍAS.

CP_PLAN ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR (DGAP)

El protocolo de plan de actuación interdisciplinar, será utilizado como su nombre indica en las sesiones multidisciplinares donde distintas categorías profesionales realicen sesión clínica y acuerden un plan de actuación respecto a un paciente concreto, dejándolo registrado en dicho protocolo. Consta de dos campos desplegable. Por ejemplo: paciente con mal control del dolor, se propone valoración en consulta para radioterapia, pendiente de cita y pauta de tratamiento. Otro ejemplo sería la aportación del psicólogo del hospital de referencia, que refiere que el paciente tiene poco apoyo emocional en domicilio y que la cuidadora principal tiene un duelo complicado por patología subyacente,

siendo el plan de actuación, valoración en domicilio de recursos por la trabajadora social y petición de apoyo psicológico domiciliario a la unidad del centro de escucha, tener presente la necesidad en un momento dado de ingreso en una unidad de media estancia de C.P.

CP_VÍA SUBCUTÁNEA (DGAP)

El protocolo de vía subcutánea será registrado por el profesional sanitario, cuando sea utilizada esta vía para administración de medicamentos, donde se indicará la fecha de su colocación, la indicación, lugar de colocación, los fármacos prescritos, dosis y forma (bolo o infusión continua), grado de control de síntomas, reacciones adversas y observaciones. Consta de tres campos desplegable (figura 5).

CP_ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DÍAS (DGAP)

El protocolo de atención en los últimos días, está dividida en dos desplegables, en un primer tapiz se deben reflejar los signos y síntomas que indican situación de últimos días y en el segundo tapiz se registrará si se realizase sedación, cuál ha sido el motivo y el síntoma refractario, si el paciente es competente y existe consentimiento del mismo y si la decisión ha sido compartida con otros profesionales (figura 6).

Una vez realizados los protocolos e incorporados a la historia informática de Atención Primaria en AP Madrid, se dieron claves de acceso a los profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos, de los distintos niveles asistenciales incluido un

profesional de referencia en las urgencias hospitalarias, se realizaron cursos formativos para la presentación y uso de los protocolos y se implementaron de forma progresiva en los distintos servicios de C.P.

Es una segunda fase tras la implementación y primera evaluación, se ha realizado un grupo de expertos pertenecientes a la Red de Efectividad Clínica con las mismas características de perfil de profesionales que se seleccionó en la primera fase y de distintos ámbitos asistenciales donde el objetivo es revisar los protocolos para mejorar la calidad de registro y su accesibilidad así como nuevas incorporaciones de registro y cambios oportunos.

Se está elaborando una guía escrita con todos los protocolos donde se determina el nombre, su descripción, el objetivo, las funciones, los aspectos clínicos, los retos, la bibliografía y anexos.

Actualmente se están terminando de revisar todos los protocolos y consensuando el documento. En breve se pretende presentar y dar a conocer a todos los profesionales de la Comunidad de Madrid dedicados a los Cuidados Paliativos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este proyecto infoPAL, ha permitido crear la Historia Clínica informatizada de

Cuidados Paliativos, mediante los protocolos diseñados al efecto, la cual proporciona visibilidad a la información relativa a esta disciplina y a un colectivo de equipos sanitarios de diversos ámbitos asistenciales, que atienden en un momento dado al paciente y su familia, dentro del programa de C.P. de la Comunidad de Madrid.

Actualmente se ha facilitado el acceso informatizado incluso de las unidades domiciliarias que cuentan con dispositivos informáticos con conexión 3G a la historia clínica del paciente a tiempo real, *in situ* y su implementación en todas las unidades accediendo a la información y esperando que su desarrollo crezca en forma significativa, para un mejor acceso a la situación clínica del paciente, así como para determinar en qué nivel asistencial se encuentra en cada momento (hospital, atención primaria, domicilio, unidad de cuidados paliativos de media o larga estancia).

Cuando existe la necesidad por parte del cuidador primario o paciente de consultar sobre un problema que le surge en su domicilio, en horario de noche o fines de semana, donde no es posible consultar ni a su médico o enfermera del Centro de Salud o del equipo de C.P. la atención telefónica de PAL 24 h. tendrá acceso a

la historia clínica del paciente teniendo visión real de la historia clínica y de las visitas realizadas al paciente pudiendo entender la situación actual de enfermedad del paciente y dar respuesta a su necesidad, bien sea acogiendo y dando una instrucción verbal (ej: puede tomar una dosis extra de sevredol para control del dolor) o bien enviar un recurso sanitario si se precisa. Igualmente dicha intervención queda reflejada en la misma historia pudiendo visualizar que ha pasado por la noche y fin de semana cuando volvemos a trabajar en turno habitual.

InfoPAL facilita la unificación de los procedimientos de trabajo y la recogida de información clínica de manera homogénea y normalizada, la explotación de datos y su posterior evaluación, así como su acceso a la historia clínica compartida de pacientes con necesidades de Cuidados Paliativos, entre los distintos niveles asistenciales sanitarios. Con ello se hacen realidad los objetivos planteados tanto de la Estrategia Nacional como del Plan Estratégico de la Comunidad de Madrid en C.P. en materia de registro, evaluación e historia clínica compartida. 📄

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de marzo de 2007. Sanidad 2008.
2. Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid 2010.
3. Tordable A. M., Sanz E., Varela M., Portillo M. Diez años de funcionamiento de un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria E.S.A.D. de la Comunidad de Madrid. Rev Enf. Onco. Vol 13 nº 4 Diciembre 2010.
4. Tordable A. M. Cuidados Paliativos. Respuesta a una necesidad. Rev. Enf. Onco. Vol 17 nº 3 Agosto 2015.

5. Clasificación Internacional de Enfermedades. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm>
6. Programa de Atención domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). Subdirección General de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de Salud. 1999.
7. Vallés P. y col. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. 2ª ed. AECPAL. 2014. <http://www.secpal.com/%5CDocumento s%5CBlog%5CGuiaPlanesdeCuidadosdeEnfermeria.pdf>
8. Proposición no de Ley 14/02 sobre cuidados paliativos. Boletín oficial de las Cortes Generales del Congreso de los

- Diputados, serie D, nº191 (25 abril de 2005).
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002.
10. Sacristán A. Evaluación de un programa de cuidados paliativos a domicilio en Atención Primaria (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid:1995.



Entrevista a... de Cáncer **Unidad Heredofamiliar** del Hospital Gregorio Marañón

Rosa Isabel Escamilla Pastor

Iván Márquez Rodas es Oncólogo y Coordinador de la Unidad de Cáncer Heredofamiliar desde el 2011, junto con Carmen Flores Sánchez, enfermera oncológica desde hace 29 años, que es la enfermera de la Consulta de Enfermería Oncológica y también de la Unidad desde hace dos años. Juntos conforman la Unidad de Cáncer Heredofamiliar del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en Madrid.

Iván, si te parece empiezo preguntándote a tí, ¿en qué consiste una Unidad de Consejo Genético Oncológico?

Es una estructura hospitalaria en el que varios especialistas, de forma coordinada, asesoran a pacientes o familiares de pacientes que tienen una sospecha

de cáncer hereditario. Generalmente cuentan con un coordinador, que hace las labores de cribado inicial, mediante un árbol familiar, para establecer la sospecha inicial y empezar el proceso del consejo genético oncológico. Para este proceso, en el que identificamos a personas con un riesgo elevado de padecer distintos tumores de causa hereditaria, y establecemos medidas para disminuir este riesgo, es necesario contar con un equipo multidisciplinar: laboratorio de diagnóstico molecular, patólogos, digestivos, ginecólogos, cirujanos, pediatras, psicooncólogos y, por supuesto, y con un papel muy relevante, enfermería oncológica formada en genética y cáncer.

¿Qué tipos de cáncer pueden ser hereditarios?

La gran mayoría de tumores son esporádicos, es decir, no tienen una causa genética y heredable conocida. Aproximadamente un tercio de los casos de cáncer de mama o de colon, que son los más frecuentes en nuestro medio, tienen al menos un criterio de riesgo. Del conjunto de pacientes a los que, finalmente hacemos un test genético, en nuestra experiencia (con más de 1600 familias) un 17% son portadores de una mutación en un gen que explica ese tumor y que además se puede transmitir a las siguientes generaciones. Pero esto varía con el tipo de tumor y con la carga familiar de cada caso. Por ejemplo, en el cáncer de ovario, el porcentaje se eleva a más de un 20%, mientras que hay tumores que tienen un porcentaje aún más alto de mutaciones, como por ejemplo

tumores de las glándulas suprarrenales, o tumores neuroendocrinos. Otros, como el cáncer de pulmón, aún no sabemos las causas de los raros casos en los que hay agregación familiar no relacionada con el tabaco.

Pero hay que insistir en que, la gran mayoría de casos de cáncer, tomados en su conjunto, no tienen causa genética conocida.

¿Quién puede acudir a la Unidad de Consejo Genético? ¿Cuándo debemos sospechar de una predisposición hereditaria al cáncer?

Toda persona que tenga en su familia muchos casos de cáncer, puede consultar a sus médicos para ser derivados a su unidad hospitalaria de referencia. Otros datos que nos deben hacer sospechar, son las edades muy tempranas de aparición de tumores que no suelen aparecer en personas jóvenes (por ejemplo, cáncer de mama o cáncer de colon), o tumores muy característicos, como el cáncer de ovario o los tumores neuroendocrinos.

¿Qué tipo de estudios genéticos se realizan?

Los test genéticos son analíticas de sangre en las que se buscan mutaciones en un gen o genes concretos, que expliquen la agregación de casos en la familia, y sobre todo que nos sirvan para poner medidas que disminuyan el riesgo. También pueden hacerse en saliva, aunque esto está menos generalizado. Por otra parte, ahora están desarrollándose paneles de múltiples genes, que no sólo analizan los genes que sospechamos, sino una cantidad de otros genes alternativos para evitar, en principio, que se nos escapen otros síndromes genéticos. Sin embargo, no todos los centros disponen de ello, ni tampoco sabemos a ciencia cierta su utilidad, por lo que estos paneles se deberían considerar en el contexto de investigación.

¿Qué medidas de prevención se pueden realizar?

Dependiendo del síndrome, hay dos estrategias fundamentales y a veces

complementarias. La primera sería el seguimiento estrecho mediante distintas pruebas de screening para la detección precoz de tumores. Estas estrategias son muy útiles en la prevención del cáncer de colon hereditario del síndrome de Lynch.

La segunda estrategia son las cirugías preventivas, para anticiparnos a la aparición del tumor que son especialmente eficaces el caso del cáncer de mama y ovario hereditario, en el que la mastectomía y salpingooforectomía bilateral han demostrado una alta tasa de prevención. Pero tienen, claro está, el inconveniente de que hay que pasar por una cirugía.

Sea como fuere, cada estrategia debe adaptarse a los deseos y preocupaciones de cada paciente en particular.

¿Cuáles son los síndromes hereditarios más frecuentes?

En nuestra consulta tenemos consignados y diagnosticados más de 20 síndromes distintos, de los más de 100 descritos en la literatura. Pero en el día a día, la gran mayoría de casos se sospechan estos tres, por este orden: cáncer de mama y ovario hereditario; síndrome de Lynch (riesgo de cáncer de colon y, en mujeres, tumores ginecológicos fundamentalmente); y poliposis colónicas, que predisponen también a cáncer de colon. Por otra parte, es conveniente recordar que, de acuerdo a nuestros propios datos, un 83% de casos en los que sospechamos uno de estos síndromes, no encontramos una causa conocida. Por ello, la investigación es la clave.

Carmen, como enfermera de la Unidad ¿nos puedes describir cuál crees que debería ser el perfil profesional de una enfermera en la consulta de Consejo Genético? ¿en qué consiste tu trabajo dentro de la Unidad?

En un principio, es muy importante tener conocimientos de enfermería oncológica en las diferentes patologías como mama, ovario, colon, renal, melanoma... al igual que conocer los distintos tratamientos que se administrarían en cada una de ellas. Igualmente es importante tener

conocimientos de genética y de los diferentes síndromes hereditarios.

Dentro de las diferentes funciones que desempeña, destacaría el contacto con las familias a través de la información y educación, extracción de sangre y envío al centro de referencia para la realización del test genético, gestionar y coordinar el procesado de esas muestras, verificar los informes de anatomía patológica para descartar síndromes hereditarios y citar a los pacientes en la Unidad de Consulta de Cáncer Familiar.

¿Qué seguimiento hace enfermería con los pacientes de la consulta?

Una vez realizada la extracción, se le informa al paciente de que recibirá una carta de citación para informarle de los resultados obtenidos. Enfermería comprueba la recepción de esos resultados y se los entrega al médico responsable.

Desde la consulta de Enfermería, ¿se realiza algún tipo de Educación Sanitaria a aquellas personas que tienen riesgo genético de tener un cáncer?

En la actualidad la Consulta de Enfermería de la Unidad no existe físicamente, por lo cual, la educación sanitaria la realizo sobre todo cuando estoy haciéndole la extracción de sangre. En ese momento, le informo de las revisiones periódicas establecidas por su facultativo, y los posibles cuidados que precisará.

¿Hay una gran demanda asistencial en la consulta?

La demanda es cada vez mayor ya que los tratamientos que se están implantando con mayor frecuencia son tratamientos diana y ensayos clínicos.

¿Cómo se lleva a cabo la derivación a la consulta?

Los pacientes suelen proceder de Oncología Médica, pero también pueden venir de otra especialidad o incluso de Atención Primaria mediante la cumplimentación del impreso correspondiente por el médico peticionario.

Solo me queda agradeceros vuestra colaboración y disposición para participar en esta entrevista.



Nueva visión de enfermería en la **evaluación** de la **CALIDAD DE VIDA** del paciente oncológico

Autora: Ana Ojer Perea
Unidad Central de Ensayos Clínicos de Oncología. Clínica Universidad de Navarra.

Contacto: aojer@unav.es

RESUMEN

Introducción: la evaluación de la Calidad de Vida (CV) desde una nueva visión de enfermería se hace imprescindible para poder mejorar la CV del paciente oncológico.

Objetivo: mostrar unas directrices prácticas en la evaluación de la CV del paciente oncológico que aporte una nueva visión a la enfermería.

Metodología: revisión bibliográfica: CINAHL, Medline, ScienceDirect,

basada en un enfoque conceptual e interpretativo.

Resultados: La conceptualización de CV, la situación actual del profesional de enfermería como evaluador, la evaluación de la CV con finalidad clínica o de investigación, herramientas para la evaluación y barreras y limitaciones que tiene enfermería en este proceso son algunos de los resultados encontrados.

Conclusiones: existe una falta de conocimientos en el colectivo de enfermería

para la evaluación de la CV del paciente oncológico. El contenido de este artículo puede aportar una nueva visión para ayudar en este proceso de evaluación, dentro de un marco riguroso y fiable.

Palabras clave: Calidad de Vida, evaluación, enfermería, paciente oncológico.

ABSTRACT

Introduction: quality of Life (QoL) assessment from a new view of nursing is essential to improve the QoL of cancer patients.

Aim: show some practical guidelines to help nurse in the assessment of the QoL of cancer patients to provide a new view of nursing.

Methodology: literature review: CINAHL, Medline, ScienceDirect based on a conceptual and interpretive approach.

Results: the conceptualization of the term QoL, the current status of nursing as a professional evaluator, QoL assessment for clinical or research purposes, appropriate tools for the assessment and the barriers and limitations of nursing in this process.

Conclusions: there is a lack of knowledge in nursing for QoL assessment in cancer patients. The contents of this article can bring a new vision to assist in this evaluation process, within a rigorous and reliable framework.

Keywords: Quality of Life, assessment, nursing, oncology patient.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se reclama que mantener o mejorar la Calidad de Vida (CV) es la esencia de la salud. El interés en CV, sin embargo, se deriva de un creciente reconocimiento de que los individuos son un todo integrado en lugar de una serie de partes desconectadas o estados de enfermedad¹.

Debido al incremento de supervivientes de cáncer, la CV es quizás tan importante para el paciente como el efecto terapéutico². Según Halyard y Ferrans en 2008, la Sociedad Americana de Oncología Clínica designó a la CV en segundo lugar de importancia en supervivientes de cáncer³.

Por otro lado, la evaluación de la CV es imprescindible para el personal sanitario con el fin de obtener información sobre su estado de salud, pero es de particular importancia para el profesional de enfermería⁴. El "Estudio Delphi", realizado por Comet-Cortés et al. en 2010⁵ identifica en tercer lugar, como prioridad de investigación en enfermería, la repercusión de las técnicas y tratamientos agresivos en la CV.

El profesional de enfermería en el ámbito de la oncología es un pilar fundamental en la atención de esta enfermedad, por lo tanto la evaluación de la CV les proporciona la mejor oportunidad posible para identificar necesidades, tomar decisiones y seleccionar las acciones apropiadas para ser más terapéutico en sus

funciones de apoyo y así mejorar la CV de los pacientes oncológicos⁶.

Este artículo pretende analizar las competencias que tiene el profesional de enfermería en el proceso de evaluación, identificar las herramientas apropiadas para la evaluación de la CV del paciente oncológico según la finalidad de estudio y reconocer las deficiencias o barreras que puede tener el profesional de enfermería. Para ello es necesaria la creación de una guía con directrices prácticas que favorezcan la evaluación de la CV del paciente oncológico de una manera sencilla, práctica y eficaz.

METODOLOGÍA

El objetivo principal del estudio es mostrar unas directrices prácticas en la evaluación de la CV del paciente oncológico adulto que aporten una nueva visión al profesional de enfermería, analizando las competencias del profesional de enfermería, identificando las herramientas apropiadas, las barreras, limitaciones y proponiendo vías factibles para ayudar a desarrollar una evaluación integral de la CV del paciente oncológico.

Para la revisión de la literatura se ha utilizado un sistema de metodología interpretativa basado en un enfoque conceptual e interpretativo de Arksey y O'Malley⁷.

Los artículos elegidos fueron identificados utilizando estrategias de búsqueda en las bases de datos electrónicas CINAHL, Medline, OvidSP, ScienceDi-

rect y BIOSIS Citation Index (ISI). Las técnicas y los términos utilizados incluyeron herramientas de búsqueda MeSH y operadores booleanos para ampliar y reducir la búsqueda. Se incluyeron los siguientes términos solos o combinados: Quality of Life, oncology, patient, nurse, assessment and evaluation.

Los artículos fueron incluidos según los siguientes criterios: la evaluación de la CV en el paciente oncológico adulto, cualquier aspecto de la evaluación de la CV en el paciente oncológico en relación a la investigación, práctica, desarrollo profesional o educación de enfermería, artículos presentes en revistas de impacto de enfermería y artículos publicados entre 2000 y 2012. Únicamente se han tenido en cuenta dos artículos que datan de 1990^{2,8} ya que son la base de muchos de los aspectos que se plantean.

Los criterios de exclusión fueron: artículos dirigidos a la evaluación de la CV en el ámbito exclusivamente médico, artículos relacionados únicamente con la mejora de la CV del paciente oncológico y no a la evaluación de la misma y los que hacían referencia a la calidad de los cuidados.

Se realizó una primera selección de artículos; se eligieron 160 títulos y resúmenes. En una segunda selección se desechó cualquier artículo que no cumplía los criterios de inclusión/exclusión quedando un total de 20 artículos para analizar (*tabla 1*).

	TÍTULO	AUTORES	AÑO	LUGAR	PUBLICACIÓN (REVISTAS)
1.	How do nurses assess quality of life of cancer patients in oncology wards and palliative settings?	Bahrami M.	2011	Iran Austral	E.J. Oncology Nursing
2.	Advances in How Clinical Nurses Can Evaluate and Improve Quality of Life for Individuals With Cancer	Cynthia R.	2005	USA	Oncology Nursing Forum
3.	The need for education on health related-quality of life	Calvert M. J.	2007	UK	Biomed Central
4.	Use of Health-related Quality of Life Assessment in Daily Clinical Oncology Nursing Practice	Hilarius D. L.	2008	Holanda	American Cancer Society
5.	Patient-reported Symptoms and Quality of Life Integrated into Clinical Cancer	Berry D. L.	2011	USA	Seminars in Oncology Nursing
6.	Development and validation of the Nightingale Symptom Assessment Scale (N-SAS) and predictors of the quality of life of the cancer patients in Turkey	Gulbeyaz C.	2009	Turkia	E.J. Oncology Nursing
7.	Quality of Life in Cancer Survivorship. 20 Years Later	Meneses K.	2006	USA	Seminars in Oncology Nursing
8.	Differences in what quality of life instruments measure	Ferrans C. E.	2007	USA	National Cancer Inst. Monographs
9.	Quality of Life Assessment in Clinical Practice	Varricchio C.	2010	USA	Seminars in Oncology Nursing
10.	Quality-of-Life Assessment for Routine Oncology Clinical Practice	Halyard M. Y.	2007	USA	www.supportiveoncology.net
11.	What are scoping studies? A review of the nursing literature	Davis K.	2008	UK	International Journal of Nursing Studies
12.	Relevance of Quality of Life to Clinical Nursing Practice	Varricchio C. G.	1990	USA	Seminars in Oncology Nursing
13.	Advances in Measuring Quality of Life Outcomes in Cancer Care	Ferrans C. E.	2009	USA	Seminars in Oncology Nursing
14.	Patient-reported outcomes: A new era in clinical research	Prasanna R.	2011	India	Perspectives in Clinical Research
15.	Measuring Quality of Life in Routine Oncology Practice Improves Communication and Patient Well-being : A randomized controlled trial	Velikova G.	2003	UK	Journal of Clinical Oncology
16.	Technology and Quality of Life Outcomes	Danaher E.	2010	USA	Seminars in Oncology Nursing
17.	Application of Ecological Momentary Assessment in stress-related disease	Yoshiuchi K.	2008	Japon	BioPsycoSocial Medicine
18.	The Nurse's relationship-based Perceptions of Patient Quality of Life	R. King C.	2002	USA	On line exclusive
19.	Critique on the conceptualization of Quality of Life: A review and evaluation of different conceptual approaches	Moons P.	2006	Bélgica Suiza	International Journal of Nursing Studies
20.	Quality of life: Conceptual Issues	Ferrans C. E.	1990	USA	Seminars in Oncology Nursing

Tabla 1. Artículos definitivos elegidos en una segunda selección siguiendo los criterios de inclusión y exclusión expuestos en la metodología.

Los artículos que se seleccionaron finalmente fueron leídos y traducidos al español. Los datos de cada uno de los artículos se ordenaron en relación a los objetivos, metodología, resultados y origen de los artículos.

RESULTADOS

Tras la búsqueda y análisis de datos se han desarrollado 5 temas fundamentales que organizan y aclaran los conceptos

necesarios para una óptima evaluación de CV desde el punto de vista de enfermería.

1. La conceptualización de la CV

Los autores Moons et al. en 2006 sugieren como apropiado definir la CV en términos de Satisfacción con la Vida⁸.

Sin embargo, en una revisión de 68 artículos que incluyeron la evaluación de la CV, ésta con frecuencia se des-

cribe significativamente como subjetiva y multidimensional⁶, pero en el área de la medicina el enfoque principal radica en los aspectos de la CV que se ven afectados por la enfermedad y/o su tratamiento. Por lo que el sentido amplio de CV se ve reducido a Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CVRS)^{3,6,9,10}.

CVRS es un concepto de multi-dominios los cuales representan la percep-

ción general del paciente del efecto de la enfermedad y el tratamiento en varios aspectos de la vida como el físico, psicológico, social, económico, síntomas, reacciones adversas a medicamentos, educación del paciente y el tratamiento ofrecido para su enfermedad. Por lo tanto hay que diferenciar entre la evaluación de síntomas y la evaluación de la CVRS¹¹.

Es fundamental definir este término en un esfuerzo de mejorar el entendimiento conceptual de CV para ayudar a los investigadores a desarrollar estudios de investigación más rigurosos, utilizando un enfoque alternativo al concepto tradicional.

2. El profesional de enfermería como evaluador de la CV del paciente oncológico

La evaluación de la CV se relaciona directamente con los objetivos de la atención de enfermería, los cuales incluyen la promoción de la salud y la recuperación al máximo nivel de la funcionalidad del paciente².

El personal de enfermería no sabe ciertamente si está evaluando la CV⁴, depende en gran medida de percepciones e intuiciones^{4,6} y en señales simples que recogen cuando se comunican con los pacientes⁴. Habitualmente no se utilizan herramientas de CV, solamente el personal de enfermería más joven está interesado en usarlas.

La evaluación de la CV es algo que hace enfermería de forma individual⁴ por lo tanto las actitudes, las motivaciones, la perspicacia personal, la capacidad de interpretación, la receptividad, la madurez y la autoevaluación del personal de enfermería son cualidades importantes que intervienen en la práctica competente para su evaluación¹².

Se debe contar con varias perspectivas de investigación para que el personal de enfermería pueda obtener una visión global de la situación en la evaluación de la CV del paciente oncológico¹³. Bahrami y Arbon⁴ nos presentan una serie de factores que

facilitan la evaluación de la CV del paciente oncológico en el profesional de enfermería, como son la relación y compenetración con el paciente, la necesidad de cuestionarios abiertos y no cerrados, la experiencia del personal de enfermería, la necesidad de educación y entrenamiento y la valoración de utilización de criterios alternativos (como por ejemplo medir el dolor o las actividades de la vida diaria).

3. Finalidad de la evaluación de la CV en el paciente oncológico

El profesional de enfermería puede evaluar la CV en el paciente oncológico con dos finalidades, una de ellas clínica o de investigación.

En el ámbito de la práctica clínica se fomenta la traducción de la CV desde un punto de vista científico a los cuidados clínicos diarios¹⁴ demostrando que las evaluaciones rutinarias de la CV en la práctica clínica son útiles⁶ en el plan de cuidados, elección de intervenciones, ayuda en la toma de decisiones y promoción de la atención para generar mejores resultados¹⁴.

La evaluación de la CV en el ámbito clínico facilita la comunicación enfermera-paciente^{3,15}, aumenta la conciencia de enfermería sobre los problemas de los paciente y mejora la atención sobre estos¹⁶.

Varricchio y Ferrans en 2010 recomiendan que la información sobre la CV deba ser recogida rutinariamente como parte de la clínica diaria y evaluada antes del tratamiento¹⁴. Es esencial saber el nivel básico habitual de funcionamiento y la satisfacción general con la vida antes del diagnóstico². Los autores también defienden que la enfermera clínica no debe dar por hecho cómo afecta la CV en individuos que viven con cáncer o están en tratamiento⁶.

En la evaluación de la CV con finalidad de investigación, la bibliografía también deja patente lo fundamental que es para la enfermería, sobre todo para evaluar cambios después del tratamiento en pacientes supervivientes de cáncer¹⁷. Aunque estos autores ya

mantienen, que el personal de enfermería en el ámbito de la oncología ha mantenido un papel destacado en la práctica, investigación y educación del superviviente con cáncer y ha tomado la delantera en documentar de manera temprana y continua las necesidades clínicas de los supervivientes de cáncer y de sus familias.

El creciente interés de la investigación en el ámbito de la salud, hace que el profesional de enfermería que se dedica al ámbito clínico pueda querer usar las medidas de la CV para ambos propósitos¹⁴.

Existe otro propósito para la evaluación de la CV que se lleva a cabo utilizando unas directrices específicas, la evaluación en el paciente oncológico en situación terminal.

Esta evaluación es en profundidad y suele ser interdisciplinar⁴. Es útil para hacer un análisis comprensivo y para mejorar el impacto de estrategias diseñadas para apoyar la CV del paciente en esta situación.

4. Instrumentos para la evaluación de la CV

Para la correcta evaluación de la CV en general y en el paciente oncológico en particular se debe tener en cuenta dos aspectos fundamentales: la cumplimentación y la elección de los instrumentos de evaluación de CV.

a. La cumplimentación de los instrumentos de CV

El concepto de individualidad es fundamental a la hora de cumplimentar los cuestionarios de CV. La mayoría de los cuestionarios están diseñados para el auto cumplimentación⁶. Los pacientes son los expertos, si los cuestionarios son rellenados por otras personas, éstas pueden minimizar síntomas o efectos secundarios^{5,10,18}. Las únicas personas que pueden evaluar la vida y las decisiones de la muerte son aquellas que se enfrentan a ella según Ferrans¹⁷. Los pacientes prefieren las herramientas de auto cumplimentación, porque son especializadas y más adaptadas a sus necesidades¹⁹.

Algunos datos sólo pueden ser obtenidos del paciente mediante "PRO" (Patient Reported Outcome). PRO es cualquier medición de las condiciones de salud de un individuo que viene directamente del propio individuo²⁰. PRO está ganando importancia en el ámbito clínico y es de gran utilidad en la determinación de la CV en pacientes oncológicos. La necesidad de información, la libertad de expresión, la autonomía y la conformidad del paciente son aspectos que hay que tener muy presentes ya que pueden influir en la evaluación de la CV dentro de la práctica clínica de enfermería².

Otro de los aspectos a tener en cuenta para la cumplimentación de los instrumentos es el entorno natural "EMA" (Ecological Momentary Assessment). Es un sencillo método, desarrollado para evaluar el fenómeno en el momento que ocurre, en un entorno natural, maximizando así la validez ecológica evitando el recuerdo retrospectivo²¹. La recogida de datos de la CV en tiempo real es particularmente atractiva en el ámbito clínico, de esta forma los datos se pueden utilizar para guiar en la toma de decisiones clínicas²².

b. La elección del instrumento apropiado

Elegir una herramienta para la evaluación de la CV puede ser desafiante debido a los centenares de instrumentos actualmente disponibles¹⁸ y las diferentes finalidades para los que son creados. Según King⁶ los instrumentos de medición de CV tienen que tener unas características fundamentales para garantizar su fiabilidad y validez.

Como hemos visto anteriormente, el profesional de enfermería evalúa la CV según las necesidades que se le plantean pudiendo ser con una finalidad clínica^{2,18} o bien investigadora¹⁸. Para ayudar a la elección del instrumento según este aspecto, Ferrans en 2010 nos muestra una serie de criterios de selección que además estaría íntimamente relacionado con

la generalidad o especificidad del contenido de los mismos¹⁸.

c. Tipos de instrumentos para la evaluación de la CV

Existen básicamente 3 formatos para la obtención de datos en la evaluación de la CV del paciente oncológico. El cuestionario en papel, telefónico y electrónico o digital.

Se pueden utilizar los cuestionarios de papel para evaluar la presencia o severidad de los síntomas, para proporcionar información valiosa que permita planificar más eficazmente y mejorar la evaluación de los cuidados²³. Para facilitar este proceso de atención de enfermería, se han seleccionado los cuestionarios de CV en formato papel más utilizados según la bibliografía (*tabla 2*).

Los cuestionarios telefónicos utilizan la tecnología IVRS (Sistema de Respuesta de Voz Interactiva).

En pacientes con cáncer el uso de la tecnología IVRS se ha utilizado con varios propósitos: recogida de datos de síntomas, generación de alertas y catalogación de los patrones de síntomas para los profesionales, prestación de asesoramiento de screening de cáncer y proporción de estrategias para el manejo de síntomas²².

Danaher²² destaca el cuestionario telefónico adaptado a enfermería "ATSM" (Automated Telephone Symptom Management), que se trata de una intervención telefónica para el estudio de los síntomas en el paciente oncológico. También existe una escala numérica MD Anderson Symptom Inventory, con respuestas breves y fáciles de traducir aptas para pasar a formato IVRS.

Los cuestionarios electrónicos o digitales se pueden presentar en forma de ordenadores, notebooks, PDA, Tablet, e incluso teléfonos móviles, también presentes en internet o páginas web y en dispositivos especiales como el Actiwatch-Score[®] de Phillips Respironics²². Éste último es un reloj de pulsera

que se utiliza con gran éxito para la evaluación de síntomas mediante un solo ítem, la fatiga. La ventaja de este dispositivo es que se recoge en tiempo real y en el entorno natural del paciente.

Debido al gran aumento de profesionales de la salud e investigadores que utilizan estas tecnologías, la conversión de cuestionarios de papel a digital está aumentando. Existen datos muy positivos en la utilización de estas herramientas, un 70% de los investigadores les gusta evaluar mediante este sistema informático⁶.

En relación a la evaluación de la CV por internet, existe un estudio donde se testó un sistema de auto recogida de datos del paciente de las toxicidades de la quimioterapia basado en la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), dándoles la oportunidad a los pacientes de recoger los datos desde casa. Hubo gran aceptación por parte del personal sanitario y por parte del paciente. Fue realmente revelador que los ajustes de la quimioterapia en relación a los retrasos, ajustes de dosis, cambios programados, etc. ocurrieron debido a las alertas generadas por las toxicidades aportadas por los pacientes²².

Como vemos, debido a la gran diversidad de instrumentos de medición y a las diferencias que existen entre ellos para medir la CV del paciente oncológico, se han recogido los beneficios y limitaciones de estas nuevas tecnologías para la recogida de datos con el fin de favorecer una correcta elección (*tabla 3*).

Existen dos páginas web para la búsqueda de instrumentos de evaluación de CV; PROQOLID (Patient Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database), actualmente contiene 600 instrumentos, está muy bien organizada con facilidad de funciones de búsqueda (www.proqolid.org) y QLMED (Clinician's Guide to the Choice of Instruments for Quality of Life

CUESTIONARIOS DE PAPEL MÁS UTILIZADOS	
CUESTIONARIOS ALTAMENTE INDIVIDUALES	
The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQOL)	<ul style="list-style-type: none"> • SEIQoL-Direct Weight: forma abreviada con gráficos • Demostrada su fiabilidad y validez en pacientes terminales
Patient-Generated Index (PGI)	<ul style="list-style-type: none"> • Los individuos describen sus vidas y experiencias más importantes • Fiable y sensible para comparaciones de grupos
CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN SENCILLA	
Linear Analog Scale Assessment (LASAs)	<ul style="list-style-type: none"> • Un único elemento desarrollado para la práctica clínica³ • Incluye aspectos generales, físicos, emocionales y espirituales
Spitzer Uniscale	<ul style="list-style-type: none"> • Única pregunta que recoge la CV global • Se suele utilizar dentro de los cuestionarios de salud más extensos
CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN SENCILLA	
SF-36 Health	<ul style="list-style-type: none"> • Mide los efectos producidos por los tratamientos
Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor proporción de ítems de síntomas con respecto al SF-36 Health. • Mide los efectos producidos por los tratamientos en el paciente oncológico
European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario muy utilizado • Mide síntomas globales, funcionalidad física, dolor, fatiga, náuseas y vómitos, desempeño de papeles, habilidad cognitiva, funcionalidad psicológica, interacción social y finanzas
Cancer Rehabilitation Evaluation System -Short Form (CARES)	<ul style="list-style-type: none"> • Mide la CV global, aspectos físico, sexual, psicosocial e interacción medicamentosa
McGill Quality of Life Questionnaire (McGill)	<ul style="list-style-type: none"> • Mide la CV global, aspectos físicos, síntomas psicológicos, visión de la vida y significado de existencia
CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS PARA SUPERVIVIENTES DE CÁNCER	
Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollado para supervivientes de cáncer a largo plazo
Cancer Problems in Living Scale (CPILS)	<ul style="list-style-type: none"> • En supervivientes en etapas tempranas, intermedias y a largo plazo
Satisfaction with Life Domain Scales for Cancer (SLDS-C)	<ul style="list-style-type: none"> • Útil en supervivientes de cáncer inmediatamente tras el tratamiento
Quality of Life – Cancer Survivorship (QOL-CS)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollado especialmente para la evaluación e investigación de supervivientes de cáncer a largo plazo
Cancer Survivors Unmet Needs (CaSUN)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollado para individuos supervivientes de cáncer con un año o más post diagnóstico
UCLA Prostate Cancer (UCLA-PCI)	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigido a personas mayores con o sin cáncer de próstata
Long-Term Quality of Life (LTQL)	<ul style="list-style-type: none"> • Para mujeres supervivientes de cáncer a largo plazo (> 5 años)
Impact of Cancer (IOC)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollado para supervivientes de cáncer a largo plazo (5-10 años)
CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA	
Distress Thermometer Scale-The National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	<ul style="list-style-type: none"> • Escala que debe utilizar la enfermera de oncología junto con otras mediciones para evaluar la CV del paciente oncológico. • Escala de medición del estrés/dolor. Mide aspectos psicosociales
The Nightingale Symptom Assessment (N-SAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha desarrollado conforme a las experiencias de los pacientes con cáncer y representando las características culturales. • Puede ser una guía en los cuidados y seguimiento de enfermería para mejorar la CV

Tabla 2. Cuestionarios de evaluación de CV en el paciente oncológico en formato papel que más se utilizan según la bibliografía y distribuidos según su finalidad.

Assessment in Medicine), el cual contiene más de 800 instrumentos. El acceso a la información es totalmente gratuito (www.qlmed.org). Otro de los lugares donde se puede encontrar excelentes revisiones de instrumentos es en libros o artículos de revistas de enfermería¹⁸. Puedes encontrar información en "European Journal of Oncology Nursing" ([\[www.cancernurse.eu\]\(http://www.cancernurse.eu\)\) y en la "Oncology Nursing Forum" \(\[www.ons.org\]\(http://www.ons.org\)\)](http://</p>
</div>
<div data-bbox=)

5. Barreras y limitaciones en la evaluación de la CV

Existen unos aspectos generales que limitan la evaluación de la CV; la falta de consenso¹, negativa del estado de salud por el propio paciente, problemas metodológicos de la evaluación,

barreras en la práctica clínica diaria⁶, un sistema sanitario limitado²⁴ y el problema del lenguaje y la cultura¹⁹. Las limitaciones por parte de los instrumentos de recogida de datos pueden ser por un contenido insuficiente⁴ o por falta de inclusión de las preocupaciones de los pacientes¹⁷, también debido a evaluaciones únicas que no permiten ver la evolución a lo largo

TIPOS	BENEFICIOS	LIMITACIONES
Tecnología telefónica y digital (3, 22)	<ul style="list-style-type: none"> • Elección de formatos para las preguntas • Posibilidad de cotejar, organizar y analizar los datos • Permite la ramificación de preguntas basadas en las respuestas • Disponible sistema de Alarma • Personalización de instrumentos • Recogida más objetiva, evitando la subjetividad del observador. • Disponible en múltiples idiomas • Reduce potencialmente las respuestas perdidas • Reduce potencialmente la necesidad de recursos humanos (6) • Reducción del coste asociado al papel o la intervención de administrar cuestionarios. • Control de calidad de datos con menos errores de entrada de datos manuales • Disponibles opciones de recordatorio • Puede estar disponible las 24h de los 7 días de la semana (24/7) • Permite la obtención inmediata de los datos para el ámbito clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado coste • Infracciones de confidencialidad • Mal funcionamiento del equipo local o del servidor. • El tiempo y la falta de recursos • Limitación de la elección: No disponibilidad de todos los cuestionarios, ya que no todos están adaptados a las nuevas tecnologías • Se utilizan aplicaciones para ordenadores tipo tablet basados en los National Cancer Institute's Common Toxicity Criteria (NCICTC) (19) • No es posible utilizar cuestionarios traducidos en otros idiomas. Es necesaria la ADAPTACIÓN CULTURAL para la utilización de un buen instrumento
Teléfono	<ul style="list-style-type: none"> • En USA están muy familiarizados con este sistema • Apropiado para personas con bajo nivel sociocultural • Ideal para grandes ensayos clínicos. Estrategia de tiempo, trabajo y eficiente coste para gran número de pacientes. • Se puede acceder desde cualquier tipo de teléfono • Cada vez existen más cuestionarios adaptados al sistema IVR • Amplio potencial de aplicaciones para la recogida de datos de la CV 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de señales visuales para las preguntas y las respuestas • Una sobreexposición a la tecnología en la vida cotidiana puede obstaculizar su uso. • Formatos de respuesta verbal puede impedir el entendimiento
Digital	<ul style="list-style-type: none"> • Permite la confidencialidad y privacidad de las respuestas (6) • Habilidad de recoger la CV en tiempo real en el entorno natural del paciente, EMA (21) • La evaluación puede incluir audio junto con video. • Múltiples opciones de elección • Impacto positivo en la comunicación enfermera-paciente. Tienen a discutir más con el personal sanitario los síntomas (19) • Se ha demostrado fiabilidad (19) • Mejora la comodidad del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • La administración de cuestionarios de CV solo disponibles en equipos concretos. • Las capacidades de almacenamiento de algunos dispositivos puede ser limitada • Pocos estudios del uso en la rutina clínica (19) • Resistencia cultural para la administración de instrumentos electrónicos
Web Internet	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación puede incluir audio junto con video. • Puede haber acceso a los cuestionarios a través de cualquier dispositivo que disponga de acceso a internet • Múltiples opciones de elección • Capaz de recoger datos o supervisar pacientes a través de diversas localizaciones y lugares • simultáneamente, ideal para grandes ensayos clínicos • Importante en la evaluación de la CV en cáncer, ya que se puede recoger desde cualquier lugar, la mayoría de los efectos de los tratamientos para el cáncer ocurre mientras el paciente está en casa. • Da la oportunidad de recoger la información con la ventaja de un ordenador, en tiempo real pero con la ventaja añadida de poder valorar más de un ítem, una evaluación más compleja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere acceso a un dispositivo de ordenador • Requiere acceso a internet. • No se sabe si resultados clínicos positivos en pacientes seriamente enfermos. • Incapacidad por parte de los profesionales de la salud de recuperar los reportes en tiempo real oportunamente. • Ser reactivo por parte del paciente a introducir información sensible, puede conducir a fallos en la comunicación proporcionada por el paciente. • Pérdida de relación profesional de la salud-paciente con todo lo que implica
Papel	<ul style="list-style-type: none"> • Coste relativamente bajo • El instrumento publicado estándar por excelencia para la evaluación de la CV. • Toda la variedad de cuestionarios disponibles están en versión de papel. • Una establecida validez y fiabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes cansados que generalmente no les gusta que se les haga tantas preguntas • No es posible o factible utilizar cuestionarios traducidos en otros idiomas. Es necesaria la ADAPTACIÓN CULTURAL para la utilización de un buen instrumento • No válidos para la rutina de la clínica diaria, no se puede disponer inmediatamente de los resultados • Los cuestionarios en la consulta: "sesgo del recuerdo" (21)

Tabla 3. Beneficios y limitaciones de las nuevas tecnologías de recogida de datos para la evaluación de la CV del paciente oncológico (3, 19, 21, 22).



del tiempo⁴ y en las limitaciones en la cumplimentación por otra persona¹⁷. El seguimiento de tareas reglamentadas⁶ o la discontinuidad en el sistema sanitario⁴, la limitación del tiempo tanto para el proceso de evaluación^{4,6} como para la investigación²⁵ facilitado por el sistema sanitario y el desconocimiento o la falta de formación metodológica en investigación²⁶ son algunas de las barreras que surgen desde el punto de vista de enfermería.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión concluyen que el profesional de enfermería que trabaja en el ámbito de la oncología no tiene que estar limitado a la recogida de síntomas del paciente, sino que tiene que realizar una completa evaluación de la CV

aplicando los resultados obtenidos para implementar la práctica basada en la evidencia o para favorecer la investigación.

Existe evidencia de las limitaciones que tiene enfermería para realizar evaluaciones de CV, entre ellas el desconocimiento, la falta de concienciación, de tiempo, de formación metodológica, pero una adecuada educación, la incorporación de las evaluaciones de CV de manera estándar en la práctica clínica diaria y las iniciativas de aprendizaje en la enfermería pueden mejorar los resultados en la evaluación de la CV.

Precisamente debido a esta limitación de tiempo en las visitas de enfermería y la vacilación de los pacientes para informar sobre ciertos síntomas, en EE.UU se

aprobó un proyecto de ley que obligaba a pagar todas las visitas de enfermería a todos los pacientes en tratamiento con quimioterapia oral y a proporcionar mayor financiación para la investigación de los síntomas en pacientes oncológicos¹⁹ favoreciendo así las evaluaciones de CV a estos pacientes.

La limitación del tiempo también podría verse resuelta mediante la creación de una nueva figura de enfermería llamada "Enfermera navegador de oncología" (ENO)²⁷. Se trata de una figura centrada en el cuidado del paciente oncológico desde el diagnóstico a lo largo de su enfermedad.

La ENO colabora con todos los miembros del equipo médico²⁸ y podría ser

la responsable de desarrollar un plan de actuación en relación a la CV del paciente oncológico, reduciendo la sobrecarga de trabajo del personal de enfermería²⁷ y fundamentalmente le permitiría tener una completa evaluación de la CV del paciente oncológico, ya sea con fines de investigación o para la práctica clínica diaria.

Por otro lado el personal de enfermería debería estar íntimamente involucrado en la evaluación y el uso de las nuevas tecnologías de recogida de datos que impactan en la CV. De esta forma la información que aporta el paciente recogida electrónicamente tiene la ventaja de poder detectar en tiempo real una determinada alteración o necesidad, sin que llegue a agravarse el problema.

El contenido de este artículo puede ayudar a enfermería en este proceso de evaluación de la CV dentro de un marco riguroso, válido y fiable. El resultado final favorecería la CV de nuestros pacientes oncológicos, objetivo fundamental dentro del marco de la oncología. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Holmes S. Assessing quality of life-reality or impossible dream? A discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2005;42:493-501.
2. Varricchio CG. Relevance of Quality of Life to Clinical Nursing Practice. *Semin Oncol Nurs*. 1990;6(4):255-259.
3. Halyard MY, Ferrans CE. Quality of Life Assessment for Routine Oncology Clinical Practice. *Journal Support Oncol*. 2008;6:221-229.
4. Bahrami M, Arbon P. How do nurses assess quality of life of cancer patients in oncology wards and palliative setting? *Eur J of Oncol Nurs*. 2012;16:212-219.
5. Comet-Cortés P, Escobar-Aguilar G, González-Gil T, Ormijana-Sáenz Hernández A, Rich-Ruiz M, Vidal-Thomas C, et al. Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. *Enfermería Clínica*. 2010;20(2):88-96.
6. King CR. Advances in How Clinical Nurses Can Evaluate and Improve Quality of Life for Individuals With Cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(1):5-12.
7. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology Theory & Practice*. 2005;8:32.
8. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualization of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud*. 2006;43:891-901.
9. Ferrans CE. Quality of Life: Conceptual Issues. *Semin Oncol Nurs*. 1990;6(4):248-254.
10. Movsas B. Quality of Life in Oncology Trials: A Clinical Guide. *Seminars in Radiation Oncology*. 2003;13(3):235-247.
11. Deshpande, P.R., Rajan, S., Lakshmi Sudeepthi, B. & Nazir, A. (2011). Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. *Perspectives in Clinical Research*, vol. 2(4), 137-144.
12. Axley L. Competency: a concept analysis. *Onc Nurs Forum*. 2008;43(4):215-222.
13. Hale CA, Moreno M. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia clínica. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.); 2004. p 7-23.
14. Varricchio CG, Ferrans CE. Quality of Life Assessment in Clinical Practice. *Semin Oncol Nurs*. 2010;26(1):12-17.
15. King CR, Hinds P, Hassey K, Schum L, Lee C. The Nurse's Relationship-Based Perceptions of Patient Quality of Life [versión electrónica]. 2002;29(10):118-126.
16. Hilarius DL, Kloeg PH, Gundy CM, Aaronson NK. Use of Health-related Quality of Life Assessment in Daily Clinical Oncology Nursing Practice. 2007
17. Meneses K, Benz R. Quality of life in cancer survivorship: 20 years later. *Semin Oncol Nurs*. 2010;26(1):36-46.
18. Ferrans CE. Advances in Measuring Quality of Life Outcomes in Cancer Care. *Semin Oncol Nurs*. 2010;26(1):2-11.
19. Berry DL. Patient-Reported Symptoms and Quality of Life Integrated into Clinical Cancer Care. *Semin Oncol Nurs*. 2011;27(3):203-210.
20. Deshpande PR, Rajan S, Lakshmi Sudeepthi B, Nazir A. Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. *Perspectives in Clinical Research*. 2011;2(4):137-144.
21. Yoshiuchi K, Yamamoto Y, Akabayashi A. Application of ecological momentary assessment in stress-related diseases [Versión electrónica]. *BioPsychoSocial Medicine*. 2008;2: 13.
22. Danaher E. Technology and Quality of Life Outcomes. *Semin Oncol Nurs*. 2010;26(1):47-58.
23. Holmes S, Dickerson J. The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. *Int J Nurs Stud*. 2003;40:515-520.
24. Committee on Quality Health Care; Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21 st century. Washington, D.C.: National Academy Press. 2001
25. Jones J. Performance improvement through Clinical Research Utilization: The linkage Model. *J Nurs Care Qual*. 2000;15:49-54.
26. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*. 2012;20(3):153-164.
27. Swanson J, Koch L. The Role of the Oncology Nurse Navigator in Distress Management of Adult Patients With Cancer: A Retrospective Study. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37(1):69-76.
28. Fillion L, De Serres M, Lapointe-Goupil R, Bairati I, Gagnon P, Deschamps M, et al. Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2006;16:11-17.



Nuestr@s compañer@s de...



Unidad de CURITERAPIA del Hospital GREGORIO MARAÑÓN

Rosabel Escamilla y Manuel Olivares

Con el término Curiterapia se designa a un conjunto de técnicas de la Radioterapia que emplean Isotopos radiactivos en contacto o a una escasa distancia de los tejidos que van a ser tratados. Todo ello con finalidad terapéutica antineoplásica.

La Unidad de Curiterapia está ubicada en la planta -2 del pabellón de Oncología "Príncipe de Asturias" del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Funciona las 24 horas y lo componen 2 enfermeras y 2 auxiliares en turno de mañana y 1 enfermera y 1 auxiliar en turnos de tarde y noche, junto con un celador compartido con Radioterapia.

En dicha Unidad está también la ZONA QUIRÚRGICA, habitualmente conocida co-radioquirófano o quirófano caliente donde se realiza la RIO (Radioterapia Intra-operatoria) además de otros actos quirúrgicos.

La atención psicológica en los pacientes sometidos a cualquiera de las técnicas de Curiterapia es una parte muy importante dentro de los cuidados de enfermería, teniendo en cuenta las condiciones de aislamiento absoluto a que va a estar sometido el paciente.

La pérdida de intimidad viene motivada por la vigilancia continua a través del sistema de circuito cerrado de TV.

Para tratar de ayudar al paciente frente al conjunto de sensaciones, la enfermera del área de Curiterapia debe esforzarse para la resolución de los mismos. Muchas veces, el no conseguirlo desemboca en auténticas crisis de histeria que conllevan al arrancamiento de las fuentes radiactivas o nos obligan a retirarlas dejando el tratamiento incompleto.

A pesar de todos los esfuerzos, en ocasiones es difícil el control psicológico de estos pacientes.

En nuestra experiencia personal, influye mucho el nivel cultural, bajo en nuestro medio hospitalario y el desconocimiento habitual de la enfermedad o al menos de su situación real. Por ello en ocasiones, y a fin de poder llevar a efecto la totalidad del tratamiento, debemos administrar, siempre bajo prescripción médica, ansiolíticos, antidepresivos y medicamentos similares.

Lo más importante desde el punto de vista psicológico es plantearnos la necesidad de transmitir al paciente nuestro propio convencimiento de que la técnica terapéutica que se le va a aplicar es útil y que todas las incomodidades a que va a estar sometido son totalmente necesarias. Esta transmisión difícilmente es posible si nuestro convencimiento, con una sólida base de formación, no fuera en este sentido. ☺



Antonio Zamudio



LA CLASIFICACIÓN MOLECULAR INAUGURA UNA “NUEVA ERA EN CÁNCER DE VEJIGA”

El consenso mundial en la definición de diferentes grupos tumorales de vejiga abre el camino de la especialización terapéutica. Una buena noticia para un cáncer cuyo abordaje estaba estancado. ■



INMUNOTERAPIA, UNA NUEVA ESPERANZA EN LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Los datos de inmuno-oncología presentados recientemente en el Congreso de la Sociedad Americana de Oncología han mostrado un aumento de la supervivencia global de los pacientes con cáncer de pulmón. La combinación de inmunoterapias en melanoma metastásico ha demostrado su capacidad de proporcionar una eficacia superior frente a la monoterapia. ■



PRIMEROS BIOMARCADORES PARA CÁNCER RENAL AVANZADO

El descubrimiento de biomarcadores predictivos de respuesta a fármacos antiangiogénicos en cáncer renal metastásico mejora las perspectivas terapéuticas de este tumor. ■



REGORAFENIB ELEVA EL PRONÓSTICO DEL HEPATOCARCINOMA AVANZADO

Regorafenib eleva la supervivencia de los pacientes con hepatocarcinoma avanzando un 22 por ciento y es una opción de tratamiento en segunda línea para los pacientes refractarios, según los resultados de un trabajo presentado en el XVIII Congreso Mundial de Cáncer Gastrointestinal, celebrado en Barcelona. ■



LA AECC ORGANIZA CAMPAMENTOS GRATUITOS PARA JÓVENES CON CÁNCER

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) organiza, a través de sus delegaciones provinciales, campamentos gratuitos en distintas partes de España dirigidos a niños y adolescentes que padecen la enfermedad, con el objetivo de estimular su creatividad y potenciar el desarrollo de habilidades. ■



EL HOSPITAL NIÑO JESÚS DISEÑA UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA MEDIR EL DOLOR DE LOS NIÑOS

El Hospital Infantil Niño Jesús ha diseñado una aplicación informática que permite medir el dolor de los niños, facilitando así su alivio en los pacientes pediátricos. Se trata de una iniciativa que salva en gran parte las dificultades encontradas por los profesionales para valorar el dolor y, por tanto, determinar el tratamiento más adecuado, en aquellos niños de corta edad que aún no han aprendido a hablar o tienen dificultades para expresarse. ■



DERRAMES. DERRAME PERICÁRDICO

DESCRIPCIÓN

Es la acumulación de líquido entre las pleuras visceral y parietal del pericardio. A su vez, si el derrame pericárdico progresa ocasiona un aumento de la presión pericárdica, dificultando el llenado diastólico del corazón con lo que se produce un taponamiento pericárdico, con el consiguiente descenso del gasto cardíaco.



ETIOLOGÍA

La acumulación de líquido en el pericardio de causa tumoral se produce de forma más frecuente por infiltración tumoral directa, aunque también por bloqueo del drenaje linfático pericárdico y, en la mayoría de casos, en el contexto de una enfermedad avanzada. Se produce en un 10-15% de los pacientes con cáncer, siendo las neoplasias más frecuentemente implicadas el cáncer de pulmón y de mama. Su aparición significa un empeoramiento pronóstico y la mediana de supervivencias de los pacientes que presentan un derrame pericárdico en el contexto de una enfermedad tumoral avanzada se sitúa en todas las series entre los 2 y 4 meses.

Los síntomas secundarios son inespecíficos, dependiendo de la velocidad de acumulación del líquido pericárdico y de la distensión de éste. Los síntomas más frecuentes son disnea, ortopnea, tos, palpitaciones y dolor torácico que mejora al sentarse. Los signos más frecuentes son la distensión venosa yugular, pulso paradójico (descenso de 10mmHg o más en la presión arterial sistólica durante la inspiración), taquicardia, taquipnea, hipotensión y edemas periféricos.

DIAGNÓSTICO

El electrocardiograma muestra alteraciones inespecíficas como una reducción en el voltaje del QRS y un aplanamiento difuso de las ondas T.

La radiografía de tórax es normal en los derrames asintomáticos o con acúmulos menores de 250 ml.

El TAC y la RNM torácicas permiten la detección, localización y etiología, con serias dificultades para la cuantificación correcta.

La ecocardiografía es la técnica de elección para el diagnóstico no invasivo, la cuantificación y el seguimiento de los derrames pericárdicos.

TRATAMIENTO

Debe perseguir los siguientes objetivos:

- Evacuar el líquido pericárdico para aliviar la sintomatología.
- Prevenir la recurrencia.
- Considerar el tratamiento de la enfermedad tumoral de base. El taponamiento cardíaco es una urgencia médica que requiere una pericardiocentesis percutánea guiada por ecografía con un catéter intrapericárdico para drenaje. La instilación de agentes esclerosantes o citotóxicos como bleomicina o doxiciclina prolongará la reaparición del derrame pericárdico. En casos de derrames severos persistentes o taponamiento recurrente estaría indicado realizar un drenaje quirúrgico (ventana pericárdica) del líquido pericárdico o cavidad pleural o peritoneal), como maniobra terapéutica definitiva, siempre y cuando se trate de tumores sensibles a la quimioterapia en los que pueda esperarse una prolongación de la supervivencia del paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Educar al paciente y familia sobre la aparición de la siguiente clínica: disnea, ortopnea, tos, palpitaciones y dolor torácico y dónde acudir.
- Educar al paciente y familia sobre el manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

Vicente V, Camps C, Carulla J, Casas AM, González M. Guía de práctica clínica en cuidados continuos. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2006, p. 206 Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-varon-23-anos-con-taponamiento-S0025775304746382?redirectNew=true> www.elsevier.es [Consultado el 15 de Julio de 2016]





M^a Dolores Fernández



En el volumen de Julio-Agosto destacamos varios artículos. Uno de ellos es un estudio sobre los predictores neurocognitivos de los resultados académicos en 71 pacientes supervivientes de leucemia linfoblástica. La terapia dirigida al SNC se asocia con problemas neurocognitivos específicos. La habilidad visuoespacial y la memoria verbal y visual a corto plazo predicen los resultados académicos y se demostró que quedaban significativamente por debajo de los rangos ajustados por edad. La evaluación temprana de estos parámetros permitiría identificar a los niños de riesgo que podrían beneficiarse de un programa educativo individualizado y/o intervenciones educacionales. Otro artículo nos habla de un estudio piloto sobre el conocimiento de los profesionales sobre los problemas psicosociales de la familia en cáncer pediátrico. Las últimas guías de práctica clínica en el tratamiento del cáncer abogan por un modelo de cuidado centrado en la familia y el niño y un modelo de prevención de riesgo psicosocial. Sin embargo los profesionales sanitarios hablan de barreras que dificultan la implementación del cuidado psicosocial incluyendo la falta de herramientas que permitan identificar estos problemas. El objetivo era explorar si el Checklist de Cuidado Psicosocial (PCCL) podía ser útil y si permitía diferen-

ciar en que grado eran conscientes del problema psicosocial los 37 profesionales sanitarios que atendían a pacientes oncológicos pediátricos que participaron. Los resultados preliminares sugieren que el test PCCL tiene una adecuada fiabilidad y validez y es útil para diferenciar el grado en que los profesionales sanitarios son conscientes de los problemas psicosociales en la familia, diferenciándose con los trabajadores sociales que son los que más saben, por lo que puede ser de mucha ayuda a los profesionales. Otro artículo nos habla de la percepción de supervivientes de cáncer de mama afroamericanas acerca de romper hábitos sedentarios. Se reclutaron 31 pacientes y los temas recurrentes que contribuyen a aumentar el sedentarismo son los intereses para el tiempo de ocio (ver la tele, leer) y los problemas de salud (dolor y fatiga). La mayoría (66%) reconoce el beneficio para la salud de romper con el sedentarismo pero muchas hablan de que los problemas de salud dificultan el hacerlo. Esto hace que haya que llevar a cabo una intervención temprana ya en el ámbito clínico para ir aumentando la intensidad a medida que los pacientes se vayan recuperando. Por último, un artículo sobre un estudio usando métodos cualitativos sobre la viabilidad de una Clínica de Salud Sexual con una enfermera oncológica formada que proporcionaba apoyo a los supervivientes en una clínica de cáncer. Los 21 participante hablaron de que sus problemas sexuales eran psicológicos, físicos y/o relacional y de que querían profesional formados con los que hablar. La mayoría experimentó una mejora en su vida sexual después de la participación y algunos observaron más confianza al poder hablar de ello con su pareja. La conclusión es que esta experiencia piloto

es factible y que se ha evidenciado su efectividad en la retroalimentación cualitativa y en que tanto pacientes como profesionales reconocieron la necesidad de incluir la salud sexual en los servicios de salud del tratamiento del cáncer. ■



En el último número de Junio destacamos tres artículos. Uno estudia si los registros de cáncer de mama en tratamiento adyuvante de mama puede ser usado como proxy para los tratamientos que se dan actualmente. Se trata de estudiar el acuerdo entre el tratamiento adyuvante de cáncer de mama primario después de cirugía de los Registros basados en el Instituto Nacional del Cáncer y los tratamientos adyuvantes iniciados de los registros médicos, los factores asociados al acuerdo y las razones para la suspensión o cambio de tratamiento. Se incluyeron 970 mujeres con edades entre los 20 y los 63 años en Estocolmo con los criterios de exclusión de metástasis a distancia, la quimioterapia previa de la cirugía y/o un diagnóstico previo de cáncer de mama. El registro fue altamente completado así como el acuerdo para todos los tipos de tratamiento. El desacuerdo con respecto a la radioterapia y la quimioterapia se asoció con tener ≥ 1 metástasis de ganglios linfáticos axilares y la cirugía más extensa, y también para la radioterapia cirugía de mama

más extendida. La terapia endocrina se suspendió (24%), sobre todo debido a la toxicidad que también fue la razón más común para la interrupción de la quimioterapia. Estos datos demuestran la utilidad del registro como un proxy para este grupo.

Otro de los artículos nos habla del desarrollo y validación de escalas para las actitudes, prácticas autoevaluadas, dificultades y conocimientos entre las enfermeras de atención domiciliar que proporcionan cuidados paliativos. Los elementos de la escala se generaron en base a la revisión de la literatura y se llevó a cabo una encuesta transversal. Se reclutaron enfermeras experimentadas y se entregaron 125 cuestionarios. El modelo de regresión logística múltiple mostró que la experiencia en el cuidado de pacientes terminales en casa o en hospitales se asociaron con tener actitud más positiva, las prácticas con niveles más altos de autoevaluación y las dificultades más bajas. La conclusión es que estas escalas son potencialmente útiles para la evaluación de un programa de educación de cuidados paliativos oncológicos en domicilio para las enfermeras. Por último la perspectiva de las enfermeras en la brecha surgida entre la intención de la legislación sueca y las interacciones entre las enfermeras y los hijos de pacientes en el campo de la oncología paliativa. Los niños que tienen un padre con cáncer incurable están en una situación vulnerable y la ley sueca trata de protegerlos. Este artículo tiene como objetivo explorar las interacciones entre las enfermeras y los hijos de pacientes con cáncer incurable desde la perspectiva de las enfermeras. Se entrevistaron 9 enfermeras y los resultados fueron que los padres son los guardianes de la participación y de las reuniones de los niños con los profesionales de la salud. Por lo tanto, las enfermeras dependían de los padres para el contacto con sus hijos y además estaban sujetas al marco estructural de su entorno de trabajo en términos de tiempo, economía, recursos, rutina médica... Las oportunidades para prestar atención a los hijos de los pacientes eran limitadas, a pesar de

las buenas intenciones, voluntad y un marco jurídico favorable. Los adolescentes fueron considerados como un reto, y desafiaron las oportunidades de las enfermeras para obtener el control de las reuniones y las situaciones entorno a las familias. Como conclusión decir que a menudo las enfermeras no ven y reconocen los hijos del paciente paliativo aunque saben que están allí y que eso es importante pero en el entorno de trabajo los pacientes son priorizados sobre los familiares. Desde la perspectiva de las enfermeras, existe una brecha entre las intenciones de la legislación sueca y las interacciones entre las enfermeras y los niños. ■



El artículo online nos habla de la implementación de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis en una clínica ambulatoria para pacientes con neoplasias hematológicas. Las complicaciones infecciosas son la causa más común de muerte no relacionada directamente con la malignidad. Las mejores prácticas internacionales establecidas para el reconocimiento y manejo de la sepsis temprana con intervenciones planificadas reducen la morbilidad relacionada con la sepsis y la mortalidad en muchas poblaciones de pacientes. La integración de estas prácticas es común en los servicios de urgencias, pero no se ha documentado en las clínicas de oncología ambulatoria, donde muchos pacientes con cáncer se presentan para la evaluación de síntomas infecciosos. El proyecto trata de mejorar la calidad implementando estas prácticas de forma sistemática en atención de pacientes clínicos ambulatorios que reciben quimioterapia o trasplante de células madre hematopoyéticas para la enfermedad hematológica o tumores malignos. Este proyecto implementó un protocolo interprofesional que incluía un screening

universal basado en las guías clínicas, intervenciones recomendadas por enfermería con soporte médico para la toma de decisiones clínicas en las primeras seis horas después de la detección positiva para la sepsis. La evaluación de esta implementación demostró mejorar la pérdida de tiempo y la adherencia a las guías de práctica clínica. La adherencia después de la intervención para los tiempos de recogida de muestras y el comienzo del tratamiento antibiótico también mejoró. Todas las intervenciones recomendadas se completaron dentro del marco de tiempo objetivo previsto para la mayoría de los pacientes. Este proyecto demostró que la implementación de intervenciones iniciales para la sepsis, dirigidas por enfermería, escritas y condicionadas por los marcos de tiempo es posible en un entorno de atención ambulatoria de oncología. Este proyecto demostró que las acciones de enfermería, independientes del protocolo impulsado en pacientes de



alto riesgo se pueden realizar de forma fiable y consistente. El compromiso del paciente en su cuidado usando estrategias de prevención de la infección, monitorizando los síntomas fuera del entorno clínico, y buscando atención médica de inmediato, complementan la eficacia de un screening de sepsis y el protocolo de intervención temprana (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 2011). Teniendo en cuenta que la gestión de la sepsis se ha identificado como una prioridad nacional y las recomendaciones de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis son la base de las mejores

prácticas, es fundamental realizar una investigación para definir la trayectoria y el manejo de la sepsis en pacientes con cáncer en el medio ambulatorio. ■



El artículo de portada nos habla de cómo puede ayudar la imagen molecular en la personalización de los tratamientos. Estamos en la era de la medicina de precisión y sin embargo, la gran mayoría de los pacientes con cáncer aún no lo sienten de esa manera. Los pacientes y los médicos que están tratando de decidir las mejores opciones de tratamiento aún tienen que jugar con cálculos de riesgo-beneficio extraídos de poblaciones muy amplias, sin la información pronóstica y predictiva personalizada que necesitan para decirles si su cáncer responderá o no y como de agresivo tendrá que ser el tratamiento. Como resultado muchos pacientes están siendo demasiado tratados, poco tratados o tratados equivocadamente. Y el enorme esfuerzo de investigación invertido en la medicina personalizada, en muchos aspectos, está confundiendo aún más el cuadro. Ahora la ayuda viene lejos de los laboratorios de biología molecular y otros campos de investigación especializado que hasta ahora dominaban la escena de la medicina y son los especialistas en imagen molecular como la RMN o el PET-TAC que están tratando de llegar a la comunidad clínica

para ver lo que puede lograrse con el trabajo conjunto.

Otro de los artículos nos habla de que si médicos y enfermeras trabajamos como un equipo ¿por qué no entrenarnos como un equipo? La formación multiprofesional se ha demostrado eficaz en habilidades de comunicación, como se demostró en el Masterclass de Suiza patrocinado por la ESMO-ESO-EONS. Pero aunque la educación interprofesional no es un concepto nuevo, la OMS ya abogaba por ella en el 2010, el progreso es lento y solo unas pocas universidades hayan incluido en la educación médica el aprendizaje interprofesional. Temas como la seguridad y la ética, además de la comunicación se podrían adaptar sin problemas al entrenamiento compartido y además se ha comprobado que mejora la confianza en uno mismo y el trabajo en equipo. Por eso, aunque se han hecho muchos progresos para alcanzar los objetivos que la OMS recomendó hace casi treinta años, aún queda mucho por hacer. La innovación en la educación es difícil de lograr en un período corto de tiempo pero está cambiando y se necesita más conciencia de la necesidad de integración entre los diferentes profesionales.

Otro artículo nos presenta a Kate Granger, su campaña para traer un toque humano a la salud, que se lleve a cabo incluso a través de las etapas finales y difíciles del cáncer, ha tenido una amplia repercusión y reconocimiento internacional. Con la ayuda de su marido Chris Pointon, médico y paciente de cáncer, Kate creó el #hellomynameis campaña en Twitter en 2013. Se trata de un intento de convencer a todos los profesionales de la salud de que se puede hacer algo muy simple: que se presenten a los pacientes. Esto, dice Kate, de 34 años, no es sólo una cuestión de cortesía básica. Se trata de establecer una conexión humana entre un ser humano vulnerable y alguien que quiere ayudar. Su campaña ha tenido más de mil millones de tweets de profesionales sanitarios demostrando su apoyo a la campaña. Ha tenido una gran influencia en el Reino Unido poniendo

de manifiesto la despersonalización de Servicio Nacional de Salud y ganando el apoyo del primer ministro, del secretario de salud y muchas organizaciones. Ahora su influencia va más allá como campañas en Francia, Alemania, Italia, España, EEUU y con una promesa de gran éxito en Australia. Kate dice: "Cree que compartir mi historia es que la gente reflexione sobre la muerte, hable de ello y sea más abierto al respecto. Se puede caminar por la calle, no se sabe quién tiene un diagnóstico terminal ¿verdad? No estamos todos metidos en camas de cuidados paliativos!!"

Otro de los artículos vuelve a hablarnos de las brechas existentes en la supervivencia en Europa. EUROCARE, la destacada serie de estudios que comparan la supervivencia de pacientes con cáncer entre los países europeos, ha sido profundamente importante para centrar la atención en la calidad de los servicios de cáncer en Europa durante las últimas dos décadas. Ahora, en su quinta edición, que incluye datos sobre 21 millones de diagnósticos de cáncer basado en 116 registros de cáncer en 30 países, que demuestra gráficamente variaciones importantes en las tasas de supervivencia, desglosados por tipo de cáncer, que previamente habían sido escondidos. Al hacerlo, se introdujo el concepto de "muertes innecesarias" -muertes que podrían haberse evitado con un diagnóstico precoz o el tratamiento más apropiado y dio munición a los defensores y los políticos para presionar por revisar el mal desempeño de los servicios de cáncer. Pero hay que revisar los datos obtenidos teniendo en cuenta las interacciones complejas en las que la desigualdad social y el acceso diferenciado a los recursos pueden ser factores primordiales, es poco probable que diferencias individuales como el diagnóstico tardío o el acceso a nuevos medicamentos o los sistemas hospitalarios, harán una gran diferencia. De hecho el equipo de Eurocare hace hincapié en que las intervenciones tienen que abordar todo el sistema ya que es probable que tengan mayor impacto sobre la supervivencia. ■



Nuestra sección de libros

Carmen Vena



NUTRICIÓN Y CÁNCER. LO QUE LA CIENCIA NOS ENSEÑA

Carlos A. González Svatetz

Editorial: Editorial Médica Panamericana
Año de publicación: 2016
EAN: 9788498359251

Este libro presenta las evidencias científicas más actualizadas e importantes sobre la asociación de diferentes alimentos y nutrientes con los tumores más frecuentes y sobre los mecanismos por los cuales podrían aumentar o reducir el riesgo de cáncer, uno de los mayores problemas de salud pública del mundo.

Describe y analiza los alimentos, patrones alimentarios, nutrientes y compuestos que pueden ser relevantes en su relación con el cáncer y con la aparición de recidivas, incluidos los potenciales cancerígenos químicos de la dieta.

Describe las evidencias sobre el papel del consumo de alcohol y de bebidas no alcohólicas, la obesidad y la actividad física en el riesgo de cáncer.

Presenta las recomendaciones alimentarias para prevenirlo.



HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICAS (3ª ED.)

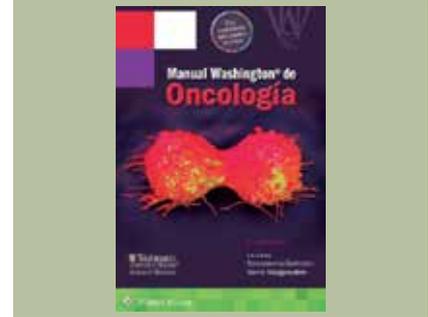
L. Madero, Á. Lassaletta, J. Sevilla

Editorial: Ergon
Año de publicación: 2015
ISBN: 9788416270187

Desde la primera edición de este tratado, se remarca la especificidad de las patologías hemato-oncológicas del niño frente a las de los adultos. Los niños con estas patologías deben ser tratados por unidades multidisciplinarias, en las que pediatras, inmunólogos, genetistas, anatomopatólogos, radioterapeutas, intensivistas y personal de enfermería contribuyan a proporcionar una asistencia integral.

En esta nueva edición, destaca el Registro Nacional de Tumores Infantiles que permite conocer la incidencia de estas patologías y los resultados terapéuticos. Además, la participación en ensayos y protocolos diagnóstico-terapéuticos internacionales se ha intensificado enormemente en los últimos diez años.

Se dedica especial atención a las nuevas dianas terapéuticas ya disponibles que van a ir reemplazando a la quimioterapia convencional. Se enfatiza la importancia de los factores diagnósticos y pronósticos genéticos y moleculares, incorporados ya a los actuales protocolos. Finalmente se aborda más extensamente la terapia de soporte, valorando los efectos secundarios, con objeto de prevenirlos y minimizarlos, para garantizar a los pacientes un desarrollo y una vida adulta satisfactoria y plena.



MANUAL WASHINGTON DE ONCOLOGÍA (3ª ED.)

Govindan y Morgensztern

Editorial: Walters Kluwer
Año de publicación: 2016
ISBN: 9788416353460

Esta 3.ª edición del Manual Washington® de Oncología pone a disposición del lector las más recientes recomendaciones para el manejo del cáncer e incluye además secciones concisas y claras con los principios de la oncología, la enfermedad en sus distintas manifestaciones y los distintos tratamientos de soporte. Dicha información se presenta con una inteligente selección de los contenidos, así como con las características de legibilidad, organización del texto y claridad que han logrado convertir a esta serie en una de las más apreciadas por los estudiantes y profesionales sanitarios.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <h1 style="margin: 0;">TOPOTECAN</h1> <p style="margin: 0;">Hycamtin® Topotecan Teva® Accord® Hospira®</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p style="margin: 0;">Marta González Fernández-Conde</p> <p style="margin: 0;">AGOSTO 2016</p> </div> </div>	
PREPARACIÓN Vial de 1 mg Vial de 4 mg	<ul style="list-style-type: none"> Reconstitución (Hycamtin®): vial de 1 mg con 1.1 ml de API. Vial de 4 mg, con 4 ml de API. Concentración de la reconstitución y de la solución para perfusión: 1 mg/ml. Dilución: <ul style="list-style-type: none"> Dosis < de 2,5: diluir en 50 ml de SF o SG 5%. Dosis entre 2,5- 5 mg: diluir en 100 ml SF o SG 5%. Dosis entre 5- 10mg: diluir en 200 ml de SF o SG 5%. Dosis entre 6,25 – 12,5 mg: diluir en 250 ml SF o SG 5%. Proteger de la luz dependiendo de las condiciones de conservación. Consultar estabildades. Concentración de la dilución: 0.025- 0.05 mg /ml.
CONSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Estabilidad físico química del vial abierto: desechar el vial abierto. Estabilidad físico química de la reconstitución: Hycamtin® es estable 12 horas a TA y 24 horas en nevera Estabilidad físico química de la dilución: Hycamtin® y Topotecan Teva® son estables 12 horas a TA o 24 horas en nevera. Topotecan Accord® es estable 30 días a TA y en condiciones normales de luz y en nevera pero protegido de la luz. Topotecan Hospira® es estable 24 horas en nevera protegido de luz y a TA pero sin proteger.
ADMINISTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Infusión en 30 minutos. En combinación con Etopósido: administrar 1° Topotecan y después Etopósido. En combinación con Cisplatino: administrar 1° Topotecan y después Cisplatino. Administración VO (presentación en cápsulas): no dividir las, ni masticarlas. Se pueden tomar con o sin alimentos.
EFFECTOS 2^{OS}	<ul style="list-style-type: none"> Mielosupresión: trombopenia principalmente y neutropenia Náuseas y vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal y mucositis. Fiebre, fatiga, astenia, malestar. Cefaleas. Anorexia. Alopecia, prurito. Puede causar malformaciones fetales y mortalidad embriofetal.
EXTRAVASACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> No agresivo. Medidas generales. Alguna bibliografía recomienda frío local si hay zona inflamada.
INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> Carcinoma metastásico de ovario. Carcinoma microcítico de pulmón. Carcinoma de cérvix.
CONSIDERACIONES ESPECIALES	<ul style="list-style-type: none"> Presentación en cápsulas para administración VO: los efectos secundarios son muy similares a la presentación por administración IV, principalmente náuseas, diarrea, fatiga, vómitos, alopecia y anorexia. La mediana de tiempo hasta la aparición de diarrea es de 9 días y es más frecuente en pacientes mayores de 65 años. Debe considerarse la administración de Topotecan IV en emesis incontroladas, trastornos al tragar, diarrea incontrolada y condiciones clínicas que puedan alterar la motilidad gastrointestinal y la absorción de fármacos. Colitis neutropénica: pacientes que presentan fiebre, neutropenia y dolor abdominal deben ser vigilados. Enfermedad pulmonar intersticial (EPI): a pacientes con antecedentes de fibrosis pulmonar, cáncer de pulmón, exposición torácica a la radiación, uso de sustancias neumotóxicas o de factores estimulantes de colonias, se les debe aplicar un control de síntomas pulmonares como tos, fiebre, disnea e hipoxia para descartar el desarrollo de una posible EPI. Toxicidad dérmica: se observó alopecia total o pronunciada en el 30 % de los pacientes y alopecia parcial en el 15%. También puede producir rash cutáneo y prurito. Toxicidad muscular: en dosis altas puede ocasionar fuertes contracciones q requieran el uso de analgésicos para su alivio. Interacciones: en combinación con Cisplatino y Carboplatino se asocia frecuentemente con trombocitopenia relevante, así como neutropenia. En caso de que sea necesaria la combinación se ha de administrar primero el Topotecán. En combinación con Filgrastim® puede prolongar la duración de la neutropenia. En caso de que sea necesaria tal combinación se ha de administrar 24 horas después de la finalización del tratamiento con Topotecan. El uso concomitante de Omeprazol puede aumentar significativamente la exposición sistémica a Topotecan e incrementar la toxicidad. Topotecan puede ser embriofetal y provocar malformaciones fetales. Se debe mantener una anticoncepción segura durante el tratamiento y hasta 6 meses después.
BIBLIOGRAFÍA	<ul style="list-style-type: none"> Topotecan Teva concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Teva. Fecha de revisión del texto: enero 2015 Topotecan Accord concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Accord. Fecha de revisión del texto: febrero 2012. Topotecan Hospira concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Hospira. Fecha de revisión del texto: mayo 2015 HYCAMTIM polvo para concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Novartis . Fecha de revisión del texto: abril 2015. HYCAMTIN cápsulas duras, ficha técnica. Laboratorio Novartis. Fecha de revisión del texto: abril 2015. TOPOTECAN. Consultado en 4 de mayo de 2016. Diponible en : http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/evidencexpert.DoIntegratedSearch# TOPOTECAN. Consultado el 27 de junio de 2016. Diponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?portalId=1377&pageId=10760



TRASTUZUMAB - Anti ErB 2

Herceptin®

Marta González Fernández-Conde

AGOSTO 2016

<p>PREPARACIÓN Envase 150 mg Envase 600 mg - 5 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstitución (sólo para formulación IV): con 7,2 ml de API. No utilizar otros disolventes. Mover en círculos para la reconstitución. NO AGITAR. Dejar reposar 5 minutos. Concentración de la reconstitución: 21 mg/ml. • Dilución: sólo para administración IV. Diluir en 250 ml de SF. No utilizar Suero Glucosado. • Preparación para administración subcutánea (exclusivamente la presentación en solución inyectable): trasladar la solución directamente a una jeringa sin diluciones añadidas. Concentración de la solución inyectable: 120 mg/ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar el vial en nevera. • Estabilidad físico química de la reconstitución: 48 horas en nevera. • Estabilidad físico química de la dilución: 24 horas a TA. • Estabilidad físico química de la solución inyectable en la jeringa: 48 horas en nevera. Una vez fuera de la nevera se debe administrar dentro de las 6 horas y no se debe conservar por encima de 30°C.
<p>ADMINISTRACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión intravenosa (presentación en polvo): 1ª dosis en 90 minutos, dosis siguientes en 30 minutos. • En combinación con Paclitaxel: se recomienda infundir primero Trastuzumab y luego Paclitaxel. • En combinación con Docetaxel: infundir primero Trastuzumab y luego Docetaxel. • En combinación con Pertuzumab y Docetaxel: infundir 1º Pertuzumab en 30 minutos (60 minutos si es 1ª dosis). Esperar 30 minutos y luego infundir Trastuzumab en 30 minutos (90 minutos si es 1ª dosis). Por último Docetaxel en 60 minutos. • En combinación con Cisplatino: infundir primero Trastuzumab y luego Cisplatino. • Administración subcutánea (presentación en solución inyectable): administrar como una inyección subcutánea en el muslo, alternando muslo derecho con izquierdo cada día. Las nuevas punciones deben hacerse al menos a 2.5 cm de la anterior y sobre piel sana, evitando zonas rojas, duras o con hematoma. • Observar al paciente un tiempo tras la administración por posibles reacciones.
<p>EFFECTOS 2º</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiotoxicidad: hipotensión, hipertensión, palpitaciones, arritmia. Disminución de la FEVI. • Relacionados con la perfusión: disnea, sibilancias, taquicardia, hipo o hipertensión, broncoespasmo. • Astenia, síndrome gripal, fiebre, pérdida de peso, alteración del gusto. • Insomnio, ansiedad, depresión, pensamiento anormal. • Anorexia, estreñimiento, sequedad de boca, hemorroides. • Artralgias, mialgias, tensión muscular. • Prurito, rash maculopapular, sequedad piel, acné. • Conjuntivitis, aumento del lagrimeo. Sequedad ocular. • Tos, sibilancias, disnea, epistaxis, rinorrea. • Diarrea, náuseas y vómitos, abdominalgia, dispepsia, estreñimiento. Hinchazón labial.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No agresivo. • Medidas generales.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama. • Cáncer gástrico.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionadas con la administración: se pueden desarrollar disnea, hipotensión, sibilancias, hipertensión, broncoespasmo, taquiarritmia supraventricular, disminución de la saturación de oxígeno, anafilaxia, dificultad respiratoria, urticaria y angioedema. La mayoría de estas reacciones ocurren durante o dentro de las 2,5 horas siguientes al comienzo de la primera perfusión. Si aparece una reacción a la perfusión, se debe interrumpir o administrarse de forma más lenta y el paciente debe ser monitorizado hasta la resolución de todos los síntomas observados. Se debe observar a los pacientes durante al menos seis horas desde el comienzo de la primera perfusión y durante dos horas desde el comienzo de las siguientes perfusiones, para detectar síntomas tales como fiebre y escalofríos u otros síntomas relacionados con la perfusión. Se recomienda evitar poner justo antes del Trastuzumab un corticoide para que la respuesta inmune sea buena. Hay algunos estudios en los que el orden de infusión en combinación con Paclitaxel ha sido primero Paclitaxel y luego Trastuzumab pero en general se aconseja que sea al contrario para poder observar cualquier posible reacción. • Administración subcutánea: puede producirse en el lugar de la punción inflamación, rubor y dolor. Se aconseja aplicar frío local para reducir síntomas. Existen algunas diferencias en cuanto a toxicidades entre las dos presentaciones. Se refieren infecciones más frecuentes en la formulación subcutánea frente a la IV (4,4 % frente 8,1 %), trastornos cardíacos (0,7 % frente 1,7 %), reacciones relacionadas con la administración (37,2% frente 47,8%) e hipertensión (4,7% frente 9,8%). • Toxicidad cardíaca: todos los candidatos para el tratamiento con Herceptin, pero especialmente aquellos tratados previamente con antraciclina y ciclofosfamida, deben ser sometidos a examen cardíaco basado en la fracción de eyección ventricular (FEVI). Este examen se debe repetir cada 3 meses durante el tratamiento y cada 6 meses tras la interrupción del tratamiento hasta los 24 meses desde la última administración. Trastuzumab puede persistir en el torrente circulatorio hasta 7 meses tras la finalización del tratamiento. Si la FEVI por debajo del 50 %, el tratamiento debe ser suspendido y repetir la evaluación de la FEVI después de aproximadamente 3 semanas. Si la FEVI no ha mejorado o ha disminuido más, se debe considerar suspender el tratamiento. El riesgo de disfunción cardíaca asociada con la terapia de Trastuzumab puede ser aumentado en los pacientes de edad avanzada, pacientes con alto índice de masa corporal, los pacientes con FEVI baja, el uso previo o concurrente de medicamentos anti-hipertensivos, los pacientes con enfermedad cardíaca preexistente.



TRASTUZUMAB - Anti ErB 2

Herceptin®

Marta González Fernández-Conde
AGOSTO 2016

<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicidad pulmonar: se puede producir dentro de las 24 horas o hasta 30 días después del inicio del tratamiento. Se pueden producir disnea, infiltrados pulmonares, neumonitis, derrame pleural, o edema pulmonar. Los pacientes con disnea en reposo y los que previamente han tenido radiación pueden tener un mayor riesgo de toxicidad pulmonar. Neumonitis y fibrosis pulmonar también se han descrito. • Interacciones: en los pacientes tratados con Warfarina aumenta el riesgo de sangrado al añadir Trastuzumab a su tratamiento por lo que se requiere un control más exhaustivo del INR. Las antraciclinas incrementan considerablemente la toxicidad cardíaca.
<p>BIBLIOGRAFÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Herceptin 150 mg polvo para concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Roche. Fecha de revisión del texto: febrero del 2016. • Herceptin 600 mg solución inyectable en vial, ficha técnica. Laboratorio Roche. Fecha de revisión del texto: febrero del 2016. • Ismael g, Hegg R, Muehlbauer S, Heinzmann D, Lum B, Kim SB, Pienkowski T, Lichinitser M, Semiglazov V, Melichar B, Jackisch C. Subcutaneous versus intravenous administration of (neo)adjuvant trastuzumab in patients with HER2-positive, clinical stage I–III breast cancer (HannaH study): a phase 3, open-label, multicentre, randomised trial. <i>Lancet Oncol</i> 2012; 13: 869–78. • Perez A, Suman V, Davidson N, Sledge G, Kaufman P, Hudis C, Martino S, Gralow J, Dakhil S, Ingle J, Winer E, Gelmon K, Gersh B, Jaffe A, y Rodeheffer R. Cardiac Safety Analysis of Doxorubicin and Cyclophosphamide Followed by Paclitaxel With or Without Trastuzumab in the North Central Cancer Treatment Group N9831 Adjuvant Breast Cancer Trial 2008. <i>J Clin Oncol</i> 26:1231-1238. • TRASTUZUMAB. Consultado el 13 de julio de 2016. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/evidencexpert.DolntegratedSearch# • TRASTUZUMAB. Consultado el 13 de julio de 2016. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=1076 • CAPECISP+TRAS Régimen. Consultado el 15 de julio de 2016. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=1076





Congresos y Jornadas



**10º Congreso
Asociación
Nacional de
Enfermería
Coordinadora
de Recursos
Materiales
(ANECORM)**



Fecha: **28 al 30
de septiembre**
Lugar: **Valencia**
[www.anecorm.org/
congresos/2016/](http://www.anecorm.org/congresos/2016/)

**XIX Jornadas de
la Red Española de
Atención
Primaria (REAP)**



Fecha: **6 al 8
de octubre**
Lugar: **Oviedo**
[www.geysec.
es/reap2016](http://www.geysec.es/reap2016)

**9º Encuentro de
Investigación
en Enfermería**



Fecha: **13 al 14
de octubre**
Lugar: **Sorja**
[9encuentroy1.
metisenfermeria.es](http://9encuentroy1.metisenfermeria.es)

**XII Congreso
de Enfermería
Quirúrgica**



Fecha: **19 al 21
de octubre**
Lugar: **Barcelona**
[www.12enfermeria
quirirurgica.com](http://www.12enfermeriaquirirurgica.com)

**XV Congreso
Nacional de
Enfermería en
ORL y VI Jornadas
Intercomunitarias
de Enfermería
de ORL**



Fecha: **19 al 21
de octubre**
Lugar: **Murcia**
[www.aeeorl.es/eventos/
xv-congreso-nacional-
de-enfermeria-orl-y-vi-
jornadas-intercomunita-
rias-de-enfermeria-orl](http://www.aeeorl.es/eventos/xv-congreso-nacional-de-enfermeria-orl-y-vi-jornadas-intercomunitarias-de-enfermeria-orl)

**X Jornadas
Nacionales de
Enfermería del
Trabajo. La
investigación
como instrumento
para alcanzar
la excelencia
en Enfermería
del Trabajo**



Fecha: **4 al 5 de
noviembre**
Lugar: **Málaga**
[10jornadas.enferme-
riadeltrabajo.com](http://10jornadas.enfermeriadeltrabajo.com)

**XX Encuentro
Nacional de
Investigación
en Cuidados**



Fecha: **15 al 18
de noviembre**
Lugar: **A Coruña**
[encuentros.iscii.es/
coruna2016/index.html](http://encuentros.iscii.es/coruna2016/index.html)

EONS 10



Fecha: **17 y 18
de octubre**
Lugar: **Dublín (Irlanda)**
eonsdublin2016.com

**48TH CONGRESS
OF THE
INTERNATIONAL
SOCIETY OF
PEDIATRIC
ONCOLOGY**



Fecha: **19 a 22
de octubre**
Lugar: **Dublín (Irlanda)**
[www.siop2016.
kene.com](http://www.siop2016.kene.com)

IPOS 2016



Fecha: **19 a 22
de octubre**
Lugar: **Dublín (Irlanda)**
[www.siop2016.
kene.com](http://www.siop2016.kene.com)



¿Sabías que...?

Ana María Palacios



ENFOQUE “BIG DATA” PARA EL DESARROLLO DE FÁRMACOS ANTICÁNCER

agenciasinc.es

Existen miles de artículos científicos dedicados a investigar un tipo de tumor concreto, un gen determinado, un tipo de lesión molecular concreta o el efecto de un fármaco particular. Sin embargo, son muy pocos los ejemplos de publicaciones que integran estos cuatro conceptos (tipo de tumor, gen, alteración y fármaco) al mismo tiempo en un número significativo de muestras.

Un artículo publicado en Cell con la colaboración del grupo de Manel Esteller, director del Programa de Epigenética y Biología del Cáncer del Instituto de Investigaciones Biomédicas de Bellvitge (IDIBELL), investigador ICREA y profesor de Genética de la Universidad de Barcelona, nos proporciona esta importante fuente de información.

Los investigadores partieron de 1.000 líneas celulares de cáncer derivadas de 29 diferentes tipos celulares y distintos órganos para obtener simultáneamente las alteraciones genéticas (mutaciones y número de copias de genes), epigenéticas (metilación del ADN) y de expresión de los mismos enfrentándolas con las distintas sensibilidades de las mismas a 265 fármacos antitumorales. Es de destacar además que los resultados obtenidos fueron validados en 11.000 tumores humanos adicionales obtenidos a partir de la extirpación quirúrgica de los mismos.

“El estudio ha sido liderado por el Instituto Sanger del Reino Unido, pioneros mundiales en el estudio genético de los tumores. Nos pidieron que analizáramos el epigenoma de las miles de muestras descritas y así lo hicimos. Ha sido un trabajo extenuante, pero el resultado ha valido la pena: ahora tenemos un mapa integral de las lesiones epigenéticas y genéticas de los tumores humanos que servirá para predecir respuestas a un amplio repertorio de fármacos oncológicos”, declara Esteller, coautor del estudio de Cell.

“La información obtenida ha sido depositada en la red para que sea de acceso libre a todos los investigadores del mundo. De esta forma si alguien tiene un interés particular por un gen, por un tipo de tumor o un fármaco puede consultarlo rápidamente, así como también ver las relaciones existentes entre ellos.”

“De los nuevos análisis bioinformáticos que se desarrollen a partir de los datos que hemos puesto a disposición de todos, saldrán resultados aún más interesantes en los próximos años. Estamos muy satisfechos de haber contribuido en la consecución de este inmenso catálogo de genes, tumores y fármacos, que no hubiera sido posible sin el apoyo altruista de la Fundación Cellex en nuestro caso y del Wellcome Trust en el caso británico”, concluye el investigador. ■



PROGRAMA DE REHABILITACIÓN ON LINE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

isanidad.com

Investigadores de la Universidad de Granada (UGR) y los Hospitales Virgen de las Nieves y San Cecilio de la ciudad nazarí han demostrado que el uso de un programa de tele-rehabilitación a través de Internet puede mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, según los resultados publicados en la revista Cancer.

‘e-Cuidate’, que así se llama la iniciativa, a través de la plataforma de llamadas y videollamadas Skype, logró mejorar los efectos secundarios relacionados con el tumor y el tratamiento, como el deterioro de la calidad de vida, dolor, pérdida de fuerza o fatiga, gracias a la buena adherencia y satisfacción que generó entre las usuarias.

Como explica la autora principal del trabajo, Noelia Galiano Castillo, del departamento de Fisioterapia de la UGR, la mejoría observada confirma que “un programa de ejercicio de ocho semanas a través de Internet puede ser realizado con éxito sin necesidad de una estrategia terapéutica presencial”.

Además, este sistema de tele-rehabilitación ha conseguido mantener los resultados positivos conseguidos tras el programa de ejercicio después de seis meses.

A tenor de estos óptimos resultados, sus autores admiten que este enfoque terapéutico online podría ayudar a las pacientes que han sufrido un cáncer de mama a mejorar sus síntomas y su nivel funcional mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

En España, según la Asociación Española Contra el Cáncer (aecc), al año se diagnostican unos 26.000 casos de cáncer de mama, unos 72 diarios, cifra que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país, no obstante, los avances tanto en el diagnóstico y como en el tratamiento han conseguido que la supervivencia supere el 80% de las afectadas y sobrevivan más de cinco años. ■



NUEVO CÓDIGO EUROPEO DE MEDIDAS CONTRA EL CÁNCER

iarc.fr

El Nuevo Código Europeo contra el Cáncer recoge los principales factores de riesgo del cáncer, las técnicas de diagnóstico precoz y los signos y síntomas de alarma que con más frecuencia acompañan a la enfermedad. Ha sido elaborado por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, ligado a la OMS y se centra en medidas que cada ciudadano puede tomar para contribuir a prevenir el cáncer. El éxito de la prevención del cáncer exige que las políticas y acciones gubernamentales apoyen estas acciones individuales.

- 1. No fume.** No consuma ningún tipo de tabaco.
- 2. Haga de su casa un hogar sin humo.** Apoye las políticas antitabaco en su lugar de trabajo.
- 3. Mantenga un peso saludable.**
- 4. Haga ejercicio a diario.** Limite el tiempo que pasa sentado.
- 5. Coma saludablemente:**
 - Consuma gran cantidad de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.
 - Limite los alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar o grasa) y evite las bebidas azucaradas.

- Evite la carne procesada; limite el consumo de carne roja y de alimentos con mucha sal.
- 6. Limite el consumo de alcohol,** aunque lo mejor para la prevención del cáncer es evitar las bebidas alcohólicas.
 - 7. Evite una exposición excesiva al sol,** sobre todo en niños. Utilice protección solar. No use cabinas de rayos UVA.
 - 8. En el trabajo, protéjase de las sustancias cancerígenas** cumpliendo las instrucciones de la normativa de protección de la salud y seguridad laboral.
 - 9. Averigüe si está expuesto a la radiación** procedente de altos niveles naturales de radón en su domicilio y tome medidas para reducirlos.
 - 10. Para las mujeres:**
 - La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de la madre. Si puede, amamante a su bebé.
 - La terapia hormonal sustitutiva (THS) aumenta el riesgo de determinados tipos de cáncer. Limite el tratamiento con THS.
 - 11. Asegúrese de que sus hijos participen en programas de vacunación** contra:
 - La hepatitis B (los recién nacidos)
 - El papilomavirus virus del papiloma humano (VPH) (las niñas).
 - 12. Participe en programas organizados de cribado del cáncer:**
 - Colorrectal (hombres y mujeres)
 - De mama (mujeres)
 - Cervicouterino (mujeres). ■



PACIENTES ONCOLÓGICOS ELABORAN CONSEJOS DE NUTRICIÓN CONTRA EL CÁNCER EN UN RECETARIO

noticias.lainformación.com

Un grupo de pacientes oncológicos han elaborado un recetario que recoge consejos de nutrición de una dieta adecuada en casos de pacientes con cáncer para ayudarlos a recuperar fuerzas y a afrontar mejor el tratamiento. La selección y preparación de los alimentos contribuye a mantener una nutrición óptima y reducir los efectos secundarios de la terapia, según el libro que han editado pacientes de la Unidad de Cuidado y Consejo Oncológico (UCCO) del Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela.

Los profesionales de dicho centro, liderados por el doctor Salinas, han recomendado seguir una alimentación sana como vía para prevenir y tratar enfermedades oncológicas.

“La alimentación es un factor clave que ayuda a las personas a incrementar su calidad de vida durante el tratamiento oncológico”, ha explicado el jefe de servicio de Oncología y la UCCO del centro madrileño, Pedro Salinas.

“Pueden darse situaciones en las que las personas pierdan el apetito, les cueste más ingerir alimentos o necesiten un mayor aporte calórico. Este recetario contempla todas esas situaciones a través de consejos específicos para cada problema”, ha explicado el especialista que ha validado las recetas desde el punto de vista médico en el marco del programa ‘Nutrición y Cáncer’ del hospital.

Los purés y las cremas de verduras se presentan como la mejor alternativa para facilitar la deglución. Enriquecidos con carne o verdura, incrementan además su valor proteico y calórico, con lo que también contrarrestan la pérdida de apetito y ayudan a alimentarse bien con pocas cucharadas.

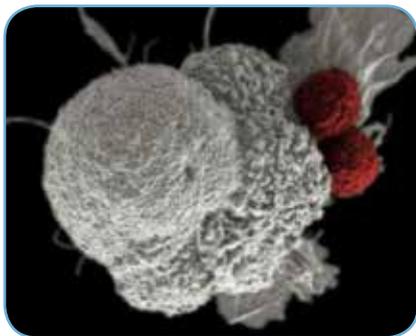
Los carbohidratos como el pan, las patatas, el arroz y las pastas son la base de recetas con alto valor calórico que ayudan a evitar la pérdida de peso y mejorar los resultados del tratamiento.

Algunos ejemplos de platos que pueden prepararse con estos ingredientes serían: espaguetis con berberechos, pasta con shiitakes o patatas con carne encebollada.

Espicias y condimentos, como hierbas aromáticas o la sal rosa del Himalaya, son los aliados esenciales para añadir sabor y recuperar el gusto. Además, el zumo de aloe vera y la levadura de cerveza se proponen como un remedio natural astringente que ayuda a combatir la diarrea.

Los especialistas remarcan que no existen alimentos milagros. "Cíclicamente aparece algún nuevo alimento milagroso, como las bayas de goji o frutas tropicales como el noni cuyas supuestas propiedades carecen de fundamento científico alguno", ha explicado el especialista.

El libro de recetas ha surgido de las charlas que el equipo de la UCGO celebra quincenalmente y que ha sido el punto de partida de una tercera fase en el 'Programa Nutrición y Cáncer del centro', una publicación de artículos científicos en los que participan pacientes, familiares y profesionales. ■



IMPRESIÓN DE TUMORES EN 3D PARA PRECISAR LAS DOSIS DE RADIOTERAPIA

elpais.com

La impresión en 3D ha entrado en la carrera hacia la medicina de precisión en oncología. Lo hace de la mano de los llamados tumores "fantasma" porque se ven pero, en realidad, no existen. Son réplicas en plástico de neoplasias reales, hechas con una impresora 3D. La física Cinzia Da Via, profesora de la Escuela

de Física y Astronomía de la Universidad de Manchester, ha empezado a probar estos dispositivos para adelantarse a los efectos de la radioterapia. Antes de administrar un tratamiento de radioterapia a un paciente oncológico, la investigadora apuesta por probarlos antes en la pieza de plástico, precisar la dosis a administrar y evitar en la mayor medida posible los efectos adversos de este tratamiento.

"Muchas veces hay daños que vienen provocados por la radiación a células sanas. No se producen de repente, sino que pueden generar un cáncer cinco años después", explica Da Via. En esta línea, la adroterapia —una radioterapia en la que se integran protones o iones que tienen la particularidad de que liberan la energía casi exclusivamente sobre la zona del tumor o el plan de tratamiento que se hace por simulación electrónica— para estudiar la dosis de rayos adecuada ya han comenzado a pisar fuerte como alternativa y la propuesta de Da Via sigue la misma estela. "Se está trabajando para tener una buena dosimetría, para ver cuánta dosis de partículas es necesario liberar en la zona donde está el tumor y también dónde se libera", apunta.

La investigadora apuesta por intervenir antes en la pieza de plástico que en el tumor real. "Desde el momento en que la persona se hace una tomografía computarizada en tres dimensiones en la que se confirma el tumor, la información de la imagen no deja de ser un archivo electrónico que es reconocido por la impresora y el plan de simulación. Yo recupero ese archivo y un tiempo muy breve lo mando a la impresora 3D, que hace una réplica idéntica del órgano y del tumor". A partir de ahí, los oncólogos ya pueden trabajar sin riesgo probando y decidiendo el tratamiento y la dosis adecuada.

Las réplicas del órgano y del tumor son de plástico por fuera, pero está hueca por dentro. Por dentro están divididas en cavidades y compartimentos que se llenan de centelleador líquido (detectores de la radiación). Al radiar el tumor fantasma, este líquido —"desde el punto de vista biológico es muy parecido a la

estructura del cuerpo humano", apostilla Da Via— revela cómo afectan los rayos X al tumor y al resto del órgano. "Podemos saber si hay zonas sanas que nosotros pensamos que no están expuestas y en realidad sí lo están. Es muy importante saber tridimensionalmente cuánta dosis de radiación se deposita en cierto punto", señala.

Los resultados de este experimento con la réplica del tumor pueden complementar la información que sale del simulador electrónico. "Esta información que nos da la impresión del tumor se puede confrontar con la que da la simulación y, si son diferentes, corregirlos, porque sabemos que la simulación no es tan precisa y a veces puede haber anomalías debidas al tipo de órgano y se verifica luego que la dosis depositada en el cuerpo del paciente no es la que se esperaba. Se trata de hacer una dosimetría desde fuera, pero con una reproducción exacta del paciente", explica Da Via.

Aunque la investigación acaba de empezar, ella y sus estudiantes ya han comenzado a testar el sistema. "En un tiempo breve se ha conseguido construir y simular este objeto. Cuando sepamos que esto funciona, tenemos que conseguir una buena financiación porque yo querría continuar en esta dirección: reforzar el contacto con los médicos de los hospitales y buscar material todavía más interesante para imprimir", reflexiona la investigadora.

La física apenas pone límites a la impresión en 3D: la técnica puede servir para pacientes oncológicos adultos e infantiles y para todo tipo de tumores susceptibles de tratarse con radioterapia. Con todo, se muestra prudente y recuerda que ella no es médica y los límites los han de marcar los propios oncólogos. En cualquier caso, señala, "es un tema interesante porque podemos construir, antes de que suceda, antes de que el paciente sea sometido a cualquier tratamiento, una copia verdadera de pacientes y de su enfermedad. Podemos ver qué hay que hacer para tratar este tipo de tumor y podemos probar el tratamiento antes de probarlo con los pacientes", concluye. ■



LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS ALEJAN DE LA “QUIMIO” A PACIENTES QUE LA NECESITAN

agenciasinc.es

Las mujeres con cáncer de mama en fases tempranas que utilizan suplementos dietéticos y varios tipos de terapias complementarias y alternativas son menos propensas a iniciar los tratamientos de quimioterapia prescritos que las pacientes que no usan estas terapias, según un estudio publicado en la revista *JAMA Oncology*.

El estudio ha estado liderado por Heather Greenlee, investigadora de la Universidad de Columbia partidaria de este tipo de terapias alternativas como complemento a la medicina tradicional, por lo que la propia revista advierte que en la investigación podría haber “conflictos de intereses”. A pesar de estos posibles conflictos, los resultados indican que el uso de estos tratamientos no médicos se asocia con un mayor riesgo de rechazar la terapia química que frena el avance del cáncer y aumenta la supervivencia. No todas las mujeres con cáncer de mama inician el tratamiento de quimioterapia que se les recomienda. La decisión implica factores psicosociales, creencias y características clínicas y demográficas. El uso de terapias complementarias y alternativas entre las pacientes con cáncer de mama ha aumentado en las últimas dos décadas, pero pocos estudios han evaluado cómo afecta su uso a la decisión de someterse o no a quimioterapia, señala la publicación en un comunicado sobre el trabajo.

Heather y su equipo han estudiado a un grupo de 685 mujeres con cáncer de mama en estadio temprano que fueron reclutadas desde múltiples lugares. Todas ellas eran menores de 70 años y padecían tumor de mama invasivo no metastásico.

La mayoría, 598 mujeres (87%), utilizaban terapias alternativas al inicio del estudio: vitaminas y minerales; hierbas y plantas, otros productos naturales y autocuidado de cuerpo y mente. El 38% eran usuarias de tres o más tipos de estas terapias.

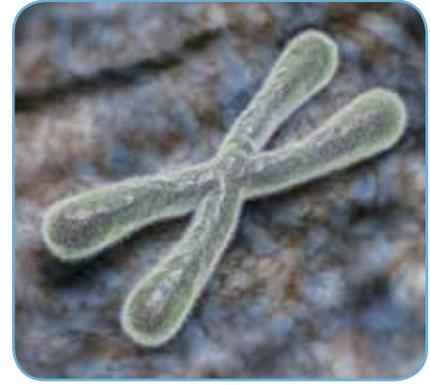
En total, 306 mujeres recibieron la indicación de ser tratadas con quimioterapia y al resto se le dio una recomendación discrecional para este tratamiento.

A los doce meses, la mayoría de las mujeres con indicación de quimioterapia iniciaron el tratamiento (272, el 89%). El grupo de mujeres para quienes la quimioterapia era discrecional tuvo una tasa mucho más baja de inicio, del 36% (135 mujeres).

Los autocuidados de cuerpo y mente no se relacionaron con el inicio de la quimioterapia. Sin embargo, el consumo de suplementos dietéticos y otras terapias alternativas sí se asociaron con una menor probabilidad de comenzar con la quimioterapia.

“Aunque la mayoría de las mujeres con indicación de quimioterapia inició el tratamiento, el 11% (34 de 306) no lo hizo. Una interpretación cautelosa de los resultados puede indicar a los oncólogos que es beneficioso saber si sus pacientes están usando terapias alternativas, especialmente suplementos dietéticos; y tener en cuenta el uso de estas terapias como un posible marcador del riesgo de no iniciar la quimioterapia clínicamente indicada”, concluyen los investigadores. Para los autores, es importante tener en cuenta otras posibles explicaciones para sus resultados y creen que no está claro si la asociación entre el uso de terapias alternativas y el no inicio de la quimioterapia refleja los patrones de toma de decisiones a largo plazo.

En un comentario independiente del estudio, Robert Zachariae, investigador de Aarhus University Hospital (Dinamarca), ha puesto de relieve la necesidad urgente de que los oncólogos reciban formación para que aprendan a hablar con sus pacientes sobre posibles terapias alternativas que puedan interferir en su tratamiento, de manera respetuosa y sin hacerles sentir juzgados. ■



DESARROLLAN EL PRIMER TEST MOLECULAR QUE CONTROLA EL CÁNCER DE MAMA AVANZADO

rtve.es

La biología de los tumores es la clave para determinar el tipo de terapia que deben recibir las pacientes con tumor de mama metastásico: quimioterapia o tratamientos hormonales. Un nuevo método diseñado en el Instituto de Oncología Vall d’Hebron, en Barcelona, predice la evolución de la enfermedad a partir del análisis genómico del tumor primario.

Hasta ahora, el pronóstico y el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama metastásico del tipo hormonossensible –en el que el tumor crece estimulado por la acción de hormonas como el estrógeno o la progesterona– se habían basado en variables como la edad de la paciente, el tipo de metástasis o las terapias previas administradas.

Un nuevo estudio publicado en la revista *JAMA Oncology* demuestra que los patrones genómicos del tumor marcan la evolución y predicen el pronóstico de las mujeres con este tipo de cáncer. Según el equipo de investigadores liderado por Aleix Prat, del Instituto de Oncología Vall d’Hebron, en Barcelona, la clasificación molecular de los tumores es el factor más determinante para vaticinar la evolución desde la aparición de la metástasis en adelante, incluso en el tumor primario. Conocer con exactitud la genética del tumor proporciona pistas fundamentales para atajar en el tratamiento. Los estudios de los últimos años han permitido clasificar los tumores de mama hormonossensibles en cuatro subtipos según su patrón de expresión génica: Luminal A, Luminal B, HER2-Enriched y Basal-like.

Las diferentes tasas de supervivencia y respuestas a los tratamientos se explican, en parte, por diferencias moleculares dentro de esta enfermedad.

“Esta variabilidad hacía patente la necesidad de hallar nuevos métodos que permitieran etiquetar mejor el tipo de cáncer de mama de cada paciente para afinar su pronóstico y la respuesta a la quimioterapia y a los tratamientos hormonales”, explica Prat.

En un ensayo clínico, los autores analizaron los tumores de mama hormonosensibles de 821 pacientes que recibieron un tratamiento hormonal. Clasificaron los tumores en los diferentes subtipos biológicos según su expresión génica y los relacionaron con la supervivencia y la respuesta al tratamiento. “En cuanto al pronóstico, la biología intrínseca del tumor es el factor más importante que existe hoy en día”, afirma el oncólogo.

Prat y su equipo de investigadores han logrado establecer patrones de actuación según la genómica del tumor. “Si el tumor es Luminal A, las metástasis se pueden controlar en la mitad de las pacientes durante casi un año y medio solo con tratamiento hormonal. En cambio, en las pacientes con tumores HER2-Enriched o Basal-like, las metástasis se hacen resistentes al tratamiento hormonal en solo cuatro o cinco meses”, detalla Prat.

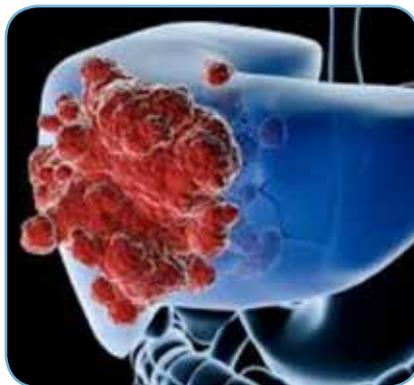
Este hallazgo tiene implicaciones terapéuticas inmediatas, según los investigadores. “Hasta ahora no sabíamos qué pacientes con cáncer de mama metastásico debían recibir de entrada quimioterapia o tratamiento hormonal”.

Uno de los otros puntos fuertes de la investigación ha sido que más del 80% de las muestras analizadas provenía de tumores primarios y no de las lesiones metastásicas. “La biología intrínseca de los tumores parece que es un proceso biológico muy estable. Por lo tanto, identificándola en el tumor primario podemos saber qué le pasará a la paciente si la enfermedad se desarrolla en forma de metástasis”.

De este modo, el análisis genómico de las células del tumor inicial podría convertirse en una herramienta básica para

el tratamiento de la enfermedad y la predicción de su evolución.

Además, este análisis del tumor primario podría ser de gran utilidad en aquellos casos en que la biopsia de las metástasis sea complicada de hacer por su localización.



NIVELES BAJOS DE SELENIO SE ASOCIAN CON EL DESARROLLO DEL CÁNCER HEPÁTICO

edicionesmedicas.com

Los niveles más altos de selenio en sangre o de selenoproteína P –la proteína que distribuye el selenio del hígado en todo el cuerpo– se asocian con un menor riesgo de desarrollar cáncer de hígado (en particular carcinoma hepatocelular). Así lo revela un nuevo estudio, publicado recientemente en *The American Journal of Clinical Nutrition*.

Los resultados, que se mantienen incluso si se tienen en cuenta los otros factores de riesgo de este cáncer, muestran sin embargo que el nivel de selenio no está asociado con el desarrollo de tumores de la vesícula o del tracto biliar.

La investigación es un proyecto conjunto de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), el Real Colegio de Cirujanos de Irlanda (RCSI), la Escuela de Medicina Charité de Berlín y un equipo de colaboradores del Estudio Prospectivo Europeo sobre Cáncer y Nutrición (EPIC).

“Cuando el selenio está por debajo de los niveles óptimos, el aumento de su ingesta puede ser una estrategia más para la prevención del cáncer de hígado, además de evitar el consumo de alcohol, mantener un peso corporal saludable y

dejar de fumar”, explica David Hughes, investigador principal del RCSI. “Sin embargo, nuestros resultados deben ser validados por otros estudios antes de elaborarse recomendaciones de salud pública”.

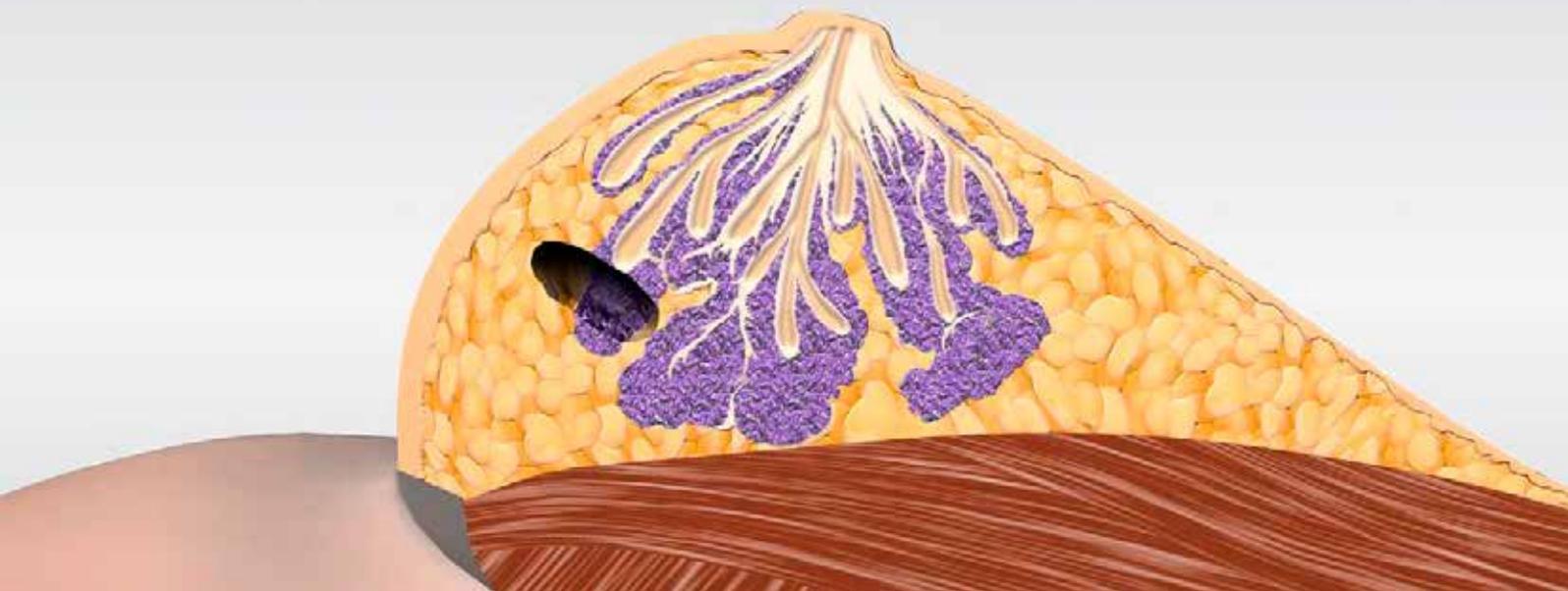
El estudio se basó en la cohorte EPIC, que se compone de más de medio millón de participantes de 10 países europeos, utilizando un diseño de casos y controles de 121 cánceres de hígado y 140 de la vesícula biliar emparejado con el mismo número de individuos libres de cáncer.

En 2012, se estima que ha habido 782.000 nuevos casos de cáncer de hígado en el mundo. Es la segunda causa más común de muerte por cáncer, siendo responsable de casi 746.000 fallecimientos en el mismo años (el 9,1% de todas las muertes relacionadas con cáncer ese año).

“La incidencia de cáncer de hígado está aumentando en los países desarrollados. El problema es que a menudo son diagnosticados en fases avanzadas, lo que limita las opciones de tratamiento”, concluye Mazda Jenab, experto del IARC y uno de los autores del estudio. “Se necesita más investigación sobre los factores modificables de estos tipos de cáncer y estrategias de prevención eficaces”.

El selenio es un micronutriente mineral que se encuentra en alimentos como el marisco, salmón, nueces de Brasil, carne, huevos, granos y cebollas. Sin embargo, los niveles de selenio en los alimentos dependen en gran medida de los niveles de selenio en el suelo donde se cultiva la comida y los animales pastan.

Los niveles en el suelo tienden a ser bajos en muchas regiones de Europa, lo que contribuye a reducir los niveles corporales de selenio en comparación con las personas que viven en regiones con mayores concentraciones de selenio en el suelo, como América del Norte. En humanos, el selenio es esencial, sobre todo para el funcionamiento eficaz del sistema inmune y en el control de los procesos oxidativos relacionados con el desarrollo del cáncer.



INTRABEAM.

Radioterapia intraoperatoria en mama

A la vanguardia



Juan Luis Ribes Bernal

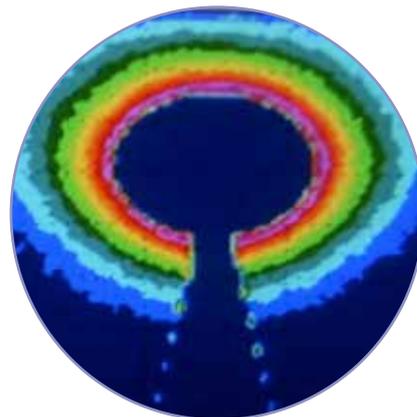
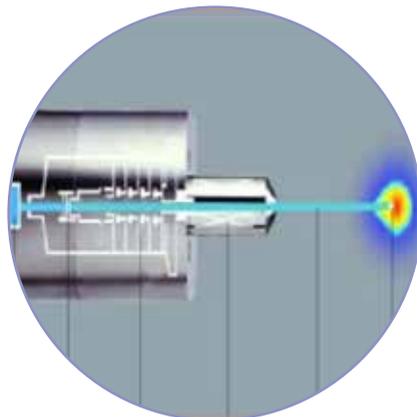
INTRODUCCIÓN

Intrabeam es una técnica de radioterapia intraoperatoria con la que se realiza la administración de la dosis de radiación sobre el lecho tumoral durante el acto quirúrgico y se evitan posteriores sesiones ambulatorias.

TECNOLOGÍA

Se utiliza un acelerador lineal portátil, con rayos X de baja energía (50 Kvol). La administración de la radiación es en el propio quirófano y durante el acto quirúrgico, (20 Gy en 1 sesión). Requiere una mínima protección radiológica dada la energía con la que trabaja. Tiene un

campo de irradiación esférica. Es de material polimérico biocompatible, esterilizado con autoclave y una utilización de hasta 100 veces. La radiación dura aproximadamente 30 min.



EQUIPO DE PROFESIONALES

Está formado por personal propio del Quirófano más la incorporación del personal de Radioterapia: oncólogo radioterapeuta, cirujano, anestesista, físico médico, enfermera instrumentista, enfermera circulante, enfermería/técnico radioterapia y auxiliar de clínica.

INDICACIONES

La utilización de Intrabeam en exclusiva se destina a pacientes ≥ 60 años, carcinoma ductal infiltrante, tumor ≤ 20 mm, márgenes negativos y a más de 1 cm., grado I-II, unifocal y unicéntrico, con receptores de estrógenos (RE) positivos y ganglios negativos.

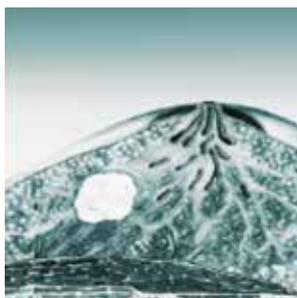
La utilización de Intrabeam adaptado al riesgo se contempla para pacientes >

de 45 años con CDI < a 3.5 cm. y con cirugía conservadora.

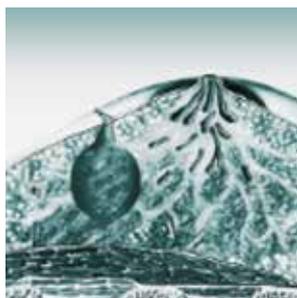
En las pacientes con bajo riesgo realizaran tumorectomía más Intrabeam.

Las pacientes de riesgo alto realizaran, así mismo, tumorectomía más Intrabeam más radioterapia externa. En este caso se considera Intrabeam como la sobredosis (boost).

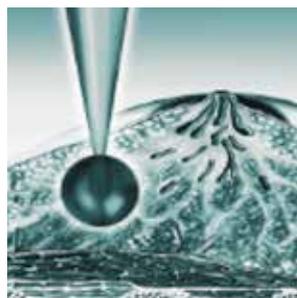
PROCEDIMIENTO. ESQUEMA.



Localización del tumor.



Resección.



Colocación **irradiación**.



Retirada **cierre**.



Resección tumoral.



Preparación lecho.



Colocación Intrabeam.



Iniciar irradiación.

CONCLUSIONES

Tratamiento inmediato, de corta duración, con óptima localización del lecho tumoral. No hay pérdida geográfica.

No da tiempo para el crecimiento de eventuales células residuales ya que es un tratamiento corto (30-50 minutos) y perfectamente personalizado y adaptado al nivel de riesgo de la paciente.

Importante ahorro de tiempo, desde 8 días en Sobredosis, hasta 7 semanas en Intrabeam en un único tratamiento.

Baja toxicidad perioperatoria y a largo plazo, con buen resultado estético y menor toxicidad cardíaca.

Es un tratamiento innovador con múltiples ventajas tanto clínicas como de mejora en la utilización de recursos y

con importante ahorro económico y además, según la literatura cabe esperar menos recidivas y toxicidad a medio y largo plazo.

Agradecimientos a J. E. Delgado Alonso, A. Eraso Urien, F. Guedea Edo, y S. Arpa Lorente de la Unidad de Oncología Radioterápica del Institut Català d'Oncologia.

BIBLIOGRAFÍA

1. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61950-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61950-9/fulltext)
2. [http://oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/05._paredes_r_\(30-36\).indd__corr__ya.pdf](http://oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/05._paredes_r_(30-36).indd__corr__ya.pdf)
3. <http://ico.gencat.cat>



Recordando

Rosa Isabel Escamilla Pastor

Hoy está siendo un día duro y se perfectamente el por que. Soy enfermera de Oncología desde hace 24 años y durante todos estos años he conocido gente maravillosa que se ha enfrentado a esta enfermedad con una entereza y valentía extraordinaria.

En el día de hoy sólo me vienen a la cabeza todas aquellas que no están, pero especialmente dos mujeres cuyas edades comprendían entre los 30 y 32 años.

Se conocieron en la sala de espera cuando estaban pendientes de que se les hiciera una analítica de control y posteriormente pasar la consulta con su oncólogo, que casualmente era el mismo para las dos. Las dos padecían la misma patología oncológica y respecto a los tratamientos, las dos llevaban varias líneas

de tratamiento y habían pasado por los mismos protocolos de quimioterapia, por lo que sabían cuales eran los efectos que habían tenido y hablaban de ellos contándose como los combatían, y dándose consejos la una a la otra.

En un control analítico, a una de ellas le diagnostican una leucemia y todo empieza a transcurrir muy rápidamente, pasando por un TMO (Trasplante de Médula Ósea) con todos los problemas añadidos al trasplante. Durante el mismo periodo, la otra entra en un nuevo ensayo clínico que no está siendo muy resolutivo. Empiezan a surgir graves complicaciones tanto para una como para la otra pero al mismo tiempo ellas siguen en contacto ayudándose y dándose ánimo mutuamente.

Y yo con las dos...

Antes de que ellas se conocieran, yo ya había empatizado con ambas por separado, pero cuando supe que se habían conocido y estaban felices de haberse encontrado la una a la otra, me alegré porque sabía que se podían ayudar entre sí. Pero también sabía que cuando las cosas se torcieran sufrirían mucho la una por la otra y así fue. Como también fue que la diferencia del tiempo que transcurrieron en irse entre la una y la otra fue sólo de 15 días.

Hoy es uno de esos días en los que me invade la nostalgia y vuelven los recuerdos. Después de tantos años como enfermera son muchos, pero algunos se quedan especialmente grabados y, de vez en cuando, me vienen a la memoria para recordarme por qué sigo trabajando como enfermera oncológica.



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

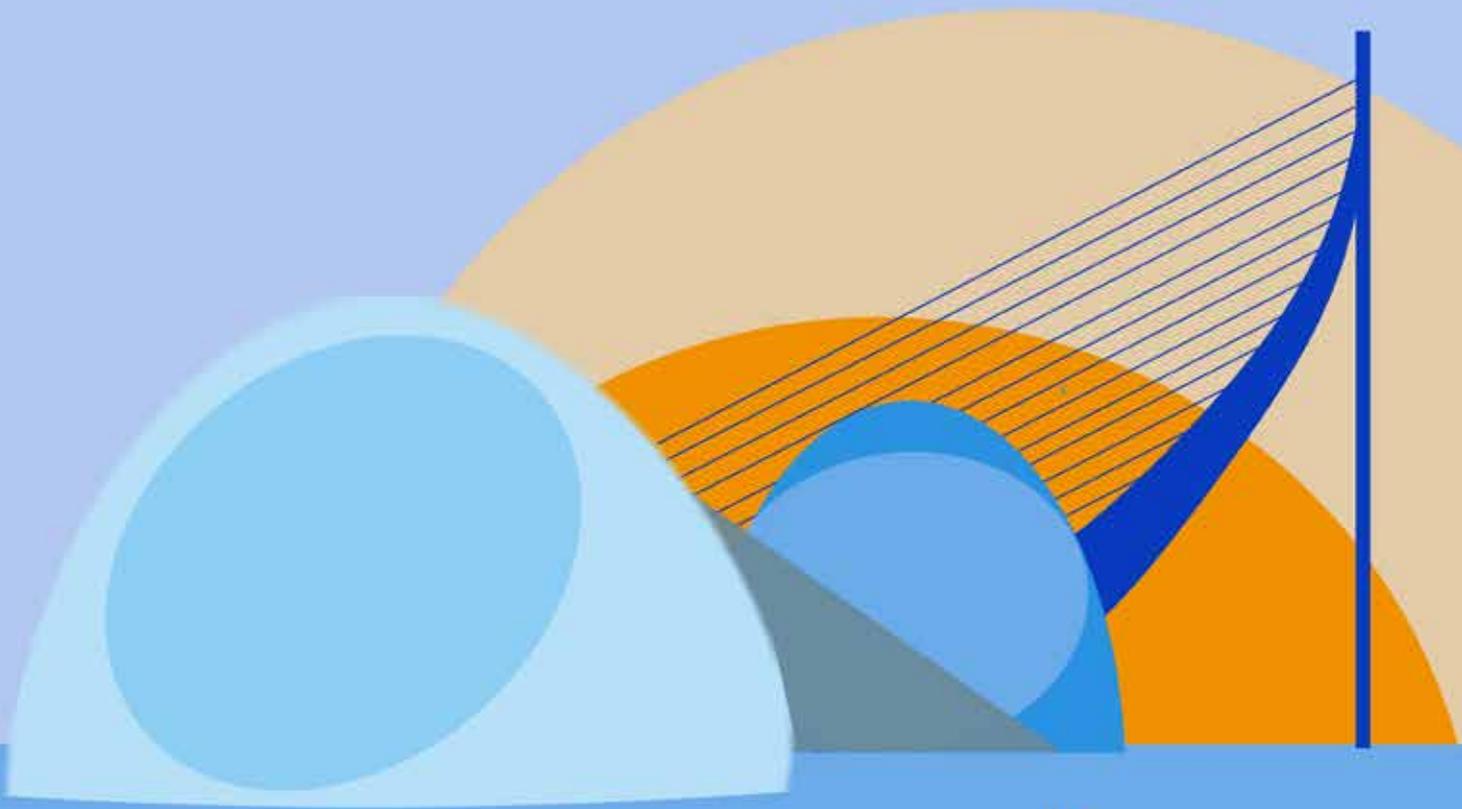
Los trabajos serán remitidos:

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

XVI CONGRESO SEEO

Valencia

Mayo 2017



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

www.seeo.org