



Vol. 19 - Nº1. Febrero 2017

enfermería oncológica

www.seeo.org

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA





Sociedad Española de
Enfermería Oncológica



Bienvenido a la S.E.E.O.

Jueves, 02 de febrero de 2017

SEEO



NOTICIAS

Regorafenib mejora resultados en carcinoma hepatocelular

Estiman que la mitad de afectados de cáncer sobreviven.

Palbociclib mejora la supervivencia en mama metastásico homonodependiente y HER2-

Manual de actividades SEEO



Consultar documento

Guía práctica de preparación y Administración de medicamentos para tratamientos Quimioterápicos

fichastecnicas.seeo.org

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.

VISITA NUESTRA WEB

WWW.SEEO.ORG

sumario

- 04 EDITORIAL
- 05 EL DOLOR DISRUPTIVO ONCOLÓGICO: IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
- 16 BREVES
- 17 ENTREVISTA A JOSEP TABERNERO
- 21 EL MÉTODO DEL CASO CLÍNICO COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA EN COMPETENCIAS
- 25 PÍLDORAS COLECCIONABLES: EL HIPO
- 26 NUESTRAS COMPAÑERAS DE HOSPITAL SON LLÀTZER
- 28 ¿SABÍAS QUÉ ...?
- 32 A LA VANGUARDIA: BRAQUIITERAPIA ENDOBRONQUIAL
- 33 PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ENFERMERA Y SU IMPACTO EN EL ÁMBITO DE LA PEDIATRÍA ONCOLÓGICA ENTRE 2010-2015
- 40 NOTICIAS DE EUROPA
- 43 NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS
- 44 AGENDA
- 45 RELATO: EL MUNDO PRIVADO DE LAS ENFERMERAS
- 47 NORMAS DE PUBLICACIÓN



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

Codirectoras: M^a Dolores Fernández Pérez, Nuria Domenech Climent. Comité Editorial: Rosa Isabel Escamilla Pastor, Manuel Olivares Cobo, Antonio Zamudio Sánchez, Ana María Palacios Romero, Concepción Reñones Crego, Pablo Fernández Plaza, Nieves Gil Gómez, Carmen Vena, Ángeles Peñuelas Saiz, Juan Luis Ribes Bernal, Juan Manuel Gavala Arjona.

Diseño, Maquetación e Impresión: Gráficas Jupel.

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: 22,00 € + gastos de envío · SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números): 73,00 € + gastos de envío.



La evolución de tratamientos en Oncología Radioterápica está presentando, en la última década, una transformación importante, de la mano de la investigación y sustentada en el amplio abanico de nuevas herramientas que aporta la ingeniería y la informática.

La producción científica se multiplica desde la física, la radiobiología, la seguridad, la precisión, la escalada de dosis, la disminución de efectos adversos, etc.

La búsqueda de mejor control y mayor supervivencia es mayoritariamente el objetivo principal de los ensayos. En la lectura de dos artículos sobre el glioma difuso en niños y otro sobre aumento de dosis de radiación en glioma alto grado, podemos observar que los resultados son de pocos meses de diferencia en supervivencia comparando las diferentes terapéuticas.

Pero la reflexión sería ¿no pensáis que pudieran ser más importantes si se consideraran objetivos relevantes el registro y monitorización de la calidad de vida o el registro de la toxicidad aguda en los diferentes esquemas de tratamiento?

A veces nos surge la duda de si existe un sincero interés en los investigadores por aspectos que para la enfermería son claves en sus planes de cuidados.

Encontramos a faltar en el diseño de estos ensayos la impronta enfermera de dar valor a los aspectos de la calidad de vida percibida por el paciente y su familia. El paciente merece los máximos esfuerzos de investigación, el arañar tiempo de vida; pero enfermería con su investigación puede ayudar y mucho en que además de más tiempo sea de más calidad. ■



ARTÍCULO

EL DOLOR DISRRUPTIVO ONCOLÓGICO: IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

Junkal Monserrat Iturria

Contacto: monserrat.junkal@gmail.com

RESUMEN

Introducción y objetivos: el dolor irruptivo oncológico (DIO) se caracteriza por su elevada complejidad y se asocia a sufrimiento psicológico, deterioro funcional y empeoramiento de la calidad de vida del paciente, por lo que es imprescindible que los profesionales sanitarios sepan identificarlo y evaluarlo adecuadamente. En consecuencia, a través de este trabajo se pretende analizar las herramientas existentes para identificar y evaluar el DIO e identificar tanto el conocimiento que tienen las enfermeras acerca del DIO como las herramientas que emplean para evaluarlo.

Material y métodos: la búsqueda de fuentes bibliográficas se realizó en diferentes bases de datos y se estableció que fuesen estudios en castellano e inglés y posteriores al año 2008.

Resultados: se han hallado diferentes herramientas; el algoritmo de Davies como método para identificar el DIO y dos herramientas de evaluación del DIO validadas recientemente en inglés, la ABPAT y la BAT. En cuanto al conocimiento de las enfermeras, éste destaca por su escasez y se confirma que las enfermeras emplean escalas genéricas del dolor para evaluar el DIO.

Conclusiones: el algoritmo de Davies se emplea actualmente para identificar el DIO en los pacientes oncológicos con dolor y la BAT ha demostrado ser la herramienta más adecuada para evaluar el DIO. La escasez de conocimientos en torno al DIO de los profesionales de enfermería parece ser la causa de la utilización exclusiva de escalas genéricas del dolor para evaluar el DIO.

Palabras clave: dolor irruptivo, identificación, herramientas de evaluación, conocimientos, enfermería.

ABSTRACT

Introduction and objectives: breakthrough cancer pain (BCP) is characterized by its high complexity and it is associated with psychological distress, functional impairment and decreased quality of life of patients, so it is essential that health professionals know to identify and to evaluate properly. Consequently, through this work it is expected to analyze existing tools to identify and evaluate the BCP as well as to identify nurse's knowledge about the BCP and the tools they use to evaluate it.

Material and methods: the search for bibliographical sources was held in different databases and it was established that they were studies in Spanish and English after the year 2008. **Results:** different tools have been found; Davies algorithm as a method to identify the BCP and two BCP assessment tools validated recently in English, the ABPAT and the BAT. As far as nurses' knowledge is concerned, it stands out for its scarcity and it confirmed that nurses generic pain scales used to evaluate the BCP.

Conclusions: Davies algorithm is currently used to identify the BCP in cancer patients with pain and the BAT has proven to be the most appropriate tool to evaluate the BCP. The lack of knowledge about the BCP on nurses appears to be the cause of the exclusive use of generic pain scales to assess BCP.

Key words: breakthrough pain, identification, assessment tools, knowledge, nursing.

INTRODUCCIÓN

El dolor irruptivo oncológico (DIO) es un tipo de dolor relacionado con procesos tumorales caracterizado por su elevada complejidad y está considerado como uno de los aspectos más desafiantes del cáncer (1, 2).

En la actualidad, no hay una definición internacionalmente aceptada del DIO (4). De hecho, ni siquiera hay consenso respecto al término, por lo que algunos autores optan por denominarlo dolor episódico, incidental o transitorio (5). Estos hechos evidencian que el tema se encuentra en pleno desarrollo.

El DIO fue definido por primera vez por Portenoy y Hagen en 1990, hace apenas 26 años, como “una exacerbación transitoria de dolor, que ocurre en un paciente con cáncer con dolor basal estable y en tratamiento crónico con opioides” (5).

La definición del DIO más reciente y a su vez la más citada por la literatura actual, es la elaborada por Davies et al en el año 2009 para la Asociación de Medicina Paliativa de Gran Bretaña e Irlanda, que se refiere al DIO como “una exacerbación transitoria de dolor que aparece espontáneamente o relacionada con un desencadenante concreto predecible o impredecible, a pesar de existir un dolor estable y adecuadamente controlado” (figura 1) (6, 7).

El episodio típico de DIO tiene un inicio rápido, es de duración corta y de intensidad moderada a severa. Habitualmente alcanza su máxima intensidad en los 5 primeros minutos y la duración media de

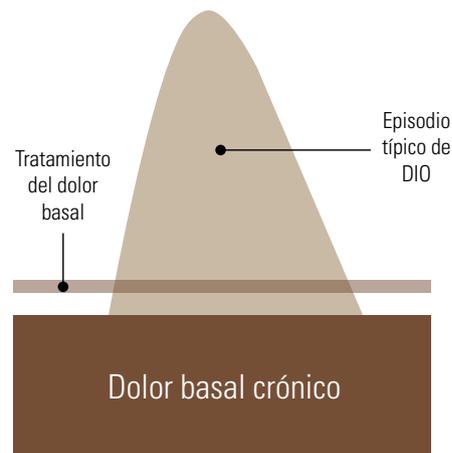


Figura 1. Episodio típico de DIO.

Fuente: European Oncology Nursing Society. Breakthrough cancer pain guidelines. [Monografía en internet]. 2013 [citado 23 dic 2015].

Disponible en: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainGuidelines.pdf> (6), traducción propia.

los episodios suele ser de entre 15 y 30 minutos (5, 8).

En cuanto a la clasificación, se pueden distinguir dos categorías de DIO: el dolor incidental y el dolor espontáneo. El dolor incidental se desencadena tras realizar algún movimiento, actividad o procedimiento mientras que el espontáneo es el que aparece sin que haya una causa desencadenante conocida. Por lo general, el dolor espontáneo es de mayor duración y su manejo es más complicado debido a que no es posible prevenir su aparición (5).

Por otro lado, el DIO tiene un impacto significativamente negativo tanto en la calidad de vida de los pacientes como de sus cuidadores, pues interfiere en gran medida en las actividades de la vida diaria (AVD) y otras funciones como la actividad general, el estado de ánimo, la capacidad de caminar, el trabajo, las relaciones con otras personas y el sueño (9).

En consecuencia, los pacientes que presentan estas crisis de dolor se muestran más insatisfechos con el tratamiento analgésico, presentan limitaciones funcionales por la presencia del dolor y asocian mayores niveles de depresión y ansiedad (5, 9).

Es especialmente importante saber distinguir a los pacientes que tienen un dolor basal mal controlado y que experimentan exacerbaciones transitorias de este dolor, de los pacientes con dolor basal controlado que presentan crisis de dolor irruptivo, pues el tratamiento para cada uno es completamente distinto (5).

Por ende, con este trabajo se pretende analizar las herramientas existentes para identificar y evaluar el DIO e identificar tanto el conocimiento que tienen las enfermeras acerca del DIO como las herramientas que emplean para evaluarlo.

MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda de artículos publicados se realizó desde el mes de diciembre de 2015 hasta marzo de 2016. Las bases de datos en las que se realizó la búsqueda fueron PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud, Cinahl, Cuiden y Dialnet. A su vez, para la correcta selección de artículos se establecieron los criterios de inclusión y exclusión que se muestran a continuación:

Criterios de inclusión:

- Estudios que den a conocer los recursos actuales para identificar y/o evaluar el DIO.
- Estudios cuya finalidad sea desarrollar o validar alguna herramienta para identificar/evaluar el DIO.
- Estudios que tengan como objetivo

describir el rol y el conocimiento de las enfermeras en la identificación y evaluación del DIO.

- Estudios realizados con adultos mayores de 18 años.
- Estudios que enfatizan en cuidados de enfermería.
- Idioma (castellano, inglés).

Criterios de exclusión:

- Estudios anteriores al año 2008.
- Estudios realizados con niños.
- Literatura gris (folletos, posters...)

Posteriormente, se diseñó la estrategia de búsqueda teniendo en cuenta los principales aspectos a estudiar y se identificaron las palabras clave que se emplearían en las bases de datos. A continuación se

realizó la búsqueda de artículos en las bases de datos utilizando los MeSH Y DeCS correspondientes a las palabras clave identificadas y los conectores booleanos AND y OR. También se hizo uso de los filtros para limitar la búsqueda de artículos (tabla 1).

Finalmente, tal y como viene especificado en la tabla 1, se seleccionaron 20 artículos.

Además de los artículos seleccionados, se utilizó la guía para el manejo del DIO de la EONS (European Oncology Nursing Society) pues aporta gran información.

Concluido el proceso de selección de los artículos, se procedió a su análisis. En la tabla 2, se reúnen las características más importantes de los artículos seleccionados en relación a este trabajo, ayudando a dar respuesta a los objetivos planteados.

ubMed	BVS		Cinahl		Cuiden	Dialnet
Diagnosis	Diagnóstico	Escalas OR	Identification	Assessment tools		
AND	AND	Cuestionarios	AND	AND		
Breakthrough cancer pain	Dolor irruptivo	AND Dolor irruptivo	Breakthrough cancer pain	Breakthrough cancer pain	Dolor irruptivo	Dolor irruptivo
332	31	16	1	9	3	15
2011-2016 English, Spanish	2011-2016 Inglés, Español		2008-2016 English, Spanish		2008-2016 Inglés, Español	2008-2016 Inglés, Español
124	28	14	1	8	0	6
APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN						
15	2	1	1	1	0	0
20						

Tabla 1. Estrategia de búsqueda según la base de datos consultada.

BASE DE DATOS	ARTÍCULO	OBJETIVO	MÉTODO PARA IDENTIFICAR/EVALUAR EL DIO
PUBMED	Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study (10). 2016	Investigar la opinión de un grupo de expertos en el dolor oncológico sobre cómo definir, diagnosticar, evaluar, tratar y controlar el dolor irruptivo oncológico (DIO).	Todos los participantes apoyaron el uso del algoritmo de Davies para identificar el DIO.

BASE DE DATOS	ARTÍCULO	OBJETIVO	MÉTODO PARA IDENTIFICAR/EVALUAR EL DIO
PUBMED	<p>What to do, and what not to do, when diagnosing and treating breakthrough cancer pain: Expert opinion (7). 2016</p>	<p>Proporcionar una contribución concreta a los problemas no resueltos en la gestión del DIO.</p>	<p>En el estudio se mencionan diferentes herramientas: Algoritmo de Davies, Breakthrough pain questionnaire (BPQ), Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool (ABPAT) y Breakthrough pain Assessment Tool (BAT).</p>
	<p>Diagnosis and management of breakthrough cancer pain: Have all the questions been resolved? A Delphi based consensus assessment (3). 2015</p>	<p>Determinar el nivel de acuerdo y lograr un consenso entre los especialistas en dolor por cáncer de España con respecto a la óptima definición, diagnóstico y manejo del DIO.</p>	<p>Los especialistas apoyan la mayoría de los aspectos del algoritmo de Davies. Señalan que dos herramientas específicas fueron desarrolladas recientemente: Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool (ABPAT) y Breakthrough pain Assessment Tool (BAT).</p>
	<p>An observational research study to evaluate the impact of Breakthrough Cancer Pain on the daily lives and functional status of patients (9). 2015</p>	<p>Explorar y describir el estado funcional y la serie de impactos en la vida diaria a causa del dolor irruptivo de los pacientes con cáncer de un servicio de cuidados paliativos de la República de Irlanda.</p>	<p>Para evaluar el DIO en el estudio se emplea la herramienta Brief pain inventory.</p>
	<p>Accuracy of a diagnostic algorithm to diagnose breakthrough cancer pain as compared with clinical assessment (18). 2015</p>	<p>Comparar la capacidad de diagnóstico de un algoritmo simple con una evaluación clínica completa para diagnosticar el DIO y evaluar si los descriptores de clasificación verbal pueden distinguirlo de un dolor basal controlado.</p>	<p>En el estudio se emplea el algoritmo basado en las directrices de la Asociación de medicina paliativa de Gran Bretaña e Irlanda. (Conocido como algoritmo de Davies)</p>
	<p>Alberta breakthrough pain assessment tool: A validation multicentre study in cancer patients with breakthrough cancer pain (11). 2015</p>	<p>Evaluar la aceptabilidad y eficacia de la ABPAT como una herramienta para la caracterización del DIO.</p>	<p>Se proporciona evidencia a cerca de la aceptabilidad y eficacia de la Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool (ABPAT).</p>
	<p>Development and validation of the breakthrough pain assessment tool (BAT) in cancer patients (12). 2014</p>	<p>Desarrollar y validar una herramienta de evaluación del dolor irruptivo para su uso en el ámbito clínico.</p>	<p>Se proporciona evidencia inicial para la validez y fiabilidad de la Breakthrough pain Assessment Tool (BAT).</p>

BASE DE DATOS	ARTÍCULO	OBJETIVO	MÉTODO PARA IDENTIFICAR/EVALUAR EL DIO
PUBMED	Breakthrough cancer pain: the role of the nurse (19). 2014	Describir el manejo del dolor irruptivo y, en concreto, las directrices recientemente publicadas por la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica (EONS).	Se recomienda el algoritmo de Davies .
	European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines (13). 2014	Actualizar e informar a las enfermeras de las mejores prácticas actuales para evaluar y controlar el DIO mediante una guía con diferentes recomendaciones.	Se recomienda el algoritmo de Davies .
	The management of breakthrough cancer pain educational needs a European nursing survey (21). 2014	Investigar cómo las enfermeras evalúan el DIO, el uso de herramientas estandarizadas, la confianza en el apoyo a los pacientes y el conocimiento de los medicamentos.	No se valora.
	How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicentre study (15). 2013	Obtener una mayor comprensión de cómo las enfermeras de cuidados paliativos evalúan y gestionan el DIO.	Las herramientas de evaluación del DIO más utilizadas por las enfermeras fueron: la escala de clasificación numérica (ECN) y la escala de clasificación verbal (ECV).
	Breakthrough Cancer Pain: An observational study of 1000 European oncology patients (8). 2013	Caracterizar el dolor irruptivo en una población diversa de pacientes con cáncer.	Para identificar el dolor irruptivo se utilizó el algoritmo de Davies adaptado.
	How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives- Results of a European survey (14). 2013	Conocer cómo las enfermeras evalúan el DIO, si les resulta difícil distinguir entre dolor irruptivo y dolor basal, la forma en la que calculan el impacto del DIO en la vida diaria del paciente y los factores que según ellas desencadenan el DIO.	Las escalas más utilizadas por las enfermeras fueron: la escala visual analógica (EVA), la escala de clasificación numérica (ECN) y la Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).
	Episodic (breakthrough) pain prevalence in a population of cancer patients. Comparison of clinical diagnoses with the QUDEI-Italian Questionnaire for Intense Episodic Pain (20). 2012	Evaluar las características clínicas y de prevalencia del dolor irruptivo en una población italiana de pacientes con dolor crónico relacionado con cáncer, basado en el diagnóstico clínico y en el uso de una herramienta de evaluación (QUDEI).	En el estudio se emplea el cuestionario QUDEI (Italian Questionnaire for Intense Episodic Pain) .

BASE DE DATOS	ARTÍCULO	OBJETIVO	MÉTODO PARA IDENTIFICAR/EVALUAR EL DIO
PUBMED	The management of breakthrough cancer pain (4). 2011	Destacar las recomendaciones para el manejo del DIO de un grupo de trabajo del Comité Científico de la Asociación de Medicina Paliativa de Gran Bretaña e Irlanda y realizar una breve revisión de las nuevas preparaciones de opioides que se han desarrollado para el dolor irruptivo.	Se recomienda el algoritmo de Davies .
BVS	Diagnóstico: pautas diagnósticas y la adecuada gestión del dolor basal y del dolor irruptivo (5). 2015	Proporcionar unas pautas para que los profesionales sanitarios puedan identificar y tratar adecuadamente el dolor irruptivo.	Se recomienda el algoritmo de Davies .
	Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso (1). 2014	Abrir una vía de estudio y desarrollo posterior que optimice los conceptos básicos, los criterios diagnósticos y el tratamiento del DIO.	Se recomienda el algoritmo de Davies .
	A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices (2). 2013	Conocer la experiencia de las enfermeras con el DIO, el tratamiento del DIO, la importancia de los factores del tratamiento y las razones de no aconsejar a los pacientes tomar analgésicos fuertes.	No se valora.
CINAHL	Cancer breakthrough pain: clinical assessment and management (16). 2011	Explorar las definiciones convencionales del DIO e introducir los métodos de evaluación y principios de gestión de éste.	Para identificar el DIO se recomienda el algoritmo de Davies . En el proceso de evaluación se propone el uso de las siguientes escalas: Escala de clasificación numérica (ECA), escala visual analógica (EVA) y la escala Wonk-Baker FACES .
	The Alberta breakthrough pain assessment tool for cancer patients: A validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews (12). 2008	Reunir pruebas de validez de una herramienta nueva del dolor irruptivo para apoyar la investigación del DIO.	Se justifica la validación de la Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool (ABPAT).

Tabla 2. Estudios seleccionados en la búsqueda ordenados según la base de datos y el año de publicación.

RESULTADOS

Analizar las herramientas para identificar y evaluar el DIO halladas en la búsqueda.

Varios de los estudios seleccionados para la revisión (7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17) ponen de manifiesto que actualmente no existe ninguna herramienta validada para la identificación y/o evaluación del DIO. No obstante, dada la importancia de identificarlo, varios autores han publicado recientemente métodos para identificar y evaluar este tipo de dolor en concreto.

Las herramientas específicas para identificar y evaluar el DIO halladas en la búsqueda bibliográfica son: Algoritmo de Davies, Breakthrough Pain Questionnaire (BPQ), Italian Questionnaire for Intense Episodic Pain (QUDEI), The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool (ABPAT) y Breakthrough pain Assessment Tool (BAT).

De estas herramientas el algoritmo de Davies es la más mencionada, pues numerosos artículos (1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 16, 18, 19) coinciden en que se puede hacer uso de este algoritmo para identificar el DIO.

El algoritmo de Davies se compone de tres preguntas. La primera pregunta establece si el paciente tiene dolor basal, es decir, la presencia de dolor persistente durante al menos 12 horas al día, que permanecería si el paciente no tomase analgesia de manera regular. En la segunda pregunta se considera que el dolor basal está adecuadamente controlado si no hay dolor o éste es leve. Para ello, algunos autores indican que el promedio de intensidad del dolor debe ser menor de 4 en una escala de clasificación numérica (ECN) o "ninguno" o "leve" en una escala de clasificación verbal (ECV). Finalmente, con la tercera pregunta se confirmaría la presencia de exacerbaciones transitorias de dolor (5, 10, 18).

Si el paciente contesta afirmativamente a las tres preguntas, se considera que tiene dolor irruptivo (figura 2).

Cabe destacar que un estudio publicado en 2016 y realizado en España con un grupo de expertos en el dolor oncológico (10), señala que todos los participantes

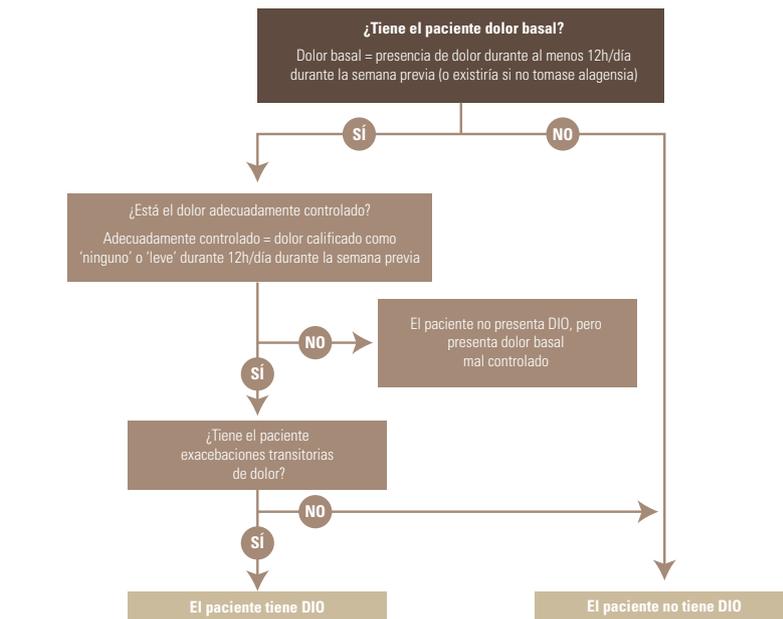


Figura 2. Algoritmo de Davies o algoritmo de la Asociación de Medicina Paliativa de Gran Bretaña e Irlanda para identificar el DIO.

Fuente: Wengstrom Y, Geerling J, Rustoen T. European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2014 [citado 23 dic 2015];18(2):127-131.

Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388913001658> (13), traducción propia.

afirmaron utilizar las preguntas del algoritmo de Davies para identificar el DIO en su práctica diaria, si bien el 34% no era consciente de que estaba haciendo uso del algoritmo de Davies como tal. En consecuencia, el estudio hace hincapié en la necesidad de desarrollar protocolos en torno a la evaluación y manejo del DIO (10).

Es de importancia resaltar que en un estudio realizado para evaluar las características de una herramienta de evaluación del DIO (11), se empleó el algoritmo de Davies para verificar que los pacientes presentaban dicho dolor y así poder incluirlos en el estudio.

Por otro lado, la EONS elaboró en 2013 una guía para el manejo del DIO que contiene diferentes recomendaciones en relación al tratamiento y a la evaluación del mismo. En ella, se recomienda hacer uso del algoritmo de Davies para identificar el DIO (13).

Continuando con las herramientas en-

contradas tras la búsqueda bibliográfica, la literatura menciona dos cuestionarios para evaluar el DIO, el BPQ y el QUDEI. El cuestionario BPQ fue desarrollado por Portenoy y Hagen en el año 1990 y pese a que se ha utilizado en varios ensayos clínicos, no se encuentra validado. El cuestionario italiano para el dolor irruptivo (QUDEI) es una versión adaptada de ésta herramienta traducida al italiano (7, 20).

Es importante destacar que en los años 2008 y 2014 se desarrollaron dos herramientas específicas para la evaluación del DIO que se encuentran validadas en inglés: Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool (ABPAT) y Breakthrough pain Assessment Tool (BAT). Ambas están pendientes tanto de traducción como de validación en otros idiomas aparte del inglés (3).

La ABPAT fue desarrollada por Hagen et al y se elaboró mediante un proceso de validación empleando un método Delphi y una entrevista a pacientes con cáncer que presentaban dolor irruptivo. Esta he-

herramienta se compone de 18 ítems con los que se evalúan diferentes aspectos del dolor irruptivo como la frecuencia, la intensidad, la ubicación, el tipo de dolor, la duración, la previsibilidad y la satisfacción con el tratamiento analgésico (17).

Sin embargo, es una herramienta compleja y extensa, por lo que se necesita mucho tiempo para cumplimentarla y, por lo tanto, no se considera la herramienta ideal para la evaluación del DIO en la práctica clínica diaria (7, 11).

Con el fin de utilizar una herramienta de valoración más sencilla, Webber et al de

sarrollaron la BAT. La BAT se compone de catorce preguntas; nueve de ellas relacionadas con el dolor y cinco relacionadas con el tratamiento analgésico (12). La guía para el manejo del DIO elaborada por la EONS (6), recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos a la hora de evaluar el DIO: el inicio del dolor (espontáneo ó incidental), la frecuencia de los episodios, la ubicación (¿mismo sitio que el dolor basal?), la irradiación, el tipo de dolor (punzante, opresivo etc.), la intensidad (cuantificar mediante ECN ó ECV), la duración, los factores que lo exacerban, los

factores que lo alivian, la respuesta al tratamiento analgésico, la respuesta a otras intervenciones (calor, masaje, etc.), los síntomas asociados (nauseas, ansiedad, etc.) y las interferencias con las AVD.

A fin de analizar y comparar estas dos herramientas específicas para la evaluación del DIO (ABPAT y BAT), la tabla 3 indica cuáles de los aspectos descritos anteriormente se tienen en cuenta en dichas herramientas. Como se puede observar, las dos herramientas son similares pues coinciden en siete de los trece aspectos que la EONS recomienda evaluar.

Aspectos a tener en cuenta	ABPAT	BAT
Inicio del dolor	X	X
Frecuencia del dolor	✓	✓
Ubicación del dolor	✓	✓
Irradiación del dolor	X	X
Tipo de dolor	✓	X
Intensidad del dolor	✓	✓
Duración del dolor	✓	✓
Factores que lo exacerban	✓	✓
Factores que lo alivian	✓	✓
Respuesta al tratamiento analgésico	✓	✓
Respuesta a otras intervenciones	X	X
Síntomas asociados	X	✓
Interferencias con las AVD	X	X

Tabla 3. Indica cuáles de los aspectos a tener en cuenta en la evaluación del DIO se incluyen en la ABPAT y la BAT.

En cuanto a las diferencias, la ABPAT tiene en cuenta el tipo de dolor y la BAT evalúa los síntomas asociados que oca-

siona el tratamiento analgésico del DIO. Respecto a las interferencias con las AVD, la BAT incluye una pregunta en la que

el paciente tiene que cuantificar en una ECN hasta qué punto le impide el DIO llevar una vida normal, pero no sugiere que

se especifiquen las AVD en las que más interfiere el DIO. Finalmente, tanto la ABPAT como la BAT tienen en cuenta ocho de los trece aspectos.

Por otro lado, seis estudios seleccionados para la revisión (1, 3, 5, 7, 13, 19) consideran de vital importancia realizar una adecuada reevaluación periódica del DIO cada 48-72h, pues señalan que el éxito del manejo del DIO además de basarse en una adecuada evaluación, depende de una reevaluación que permita valorar tanto la tolerabilidad y eficacia de los tratamientos administrados como sus efectos secundarios.

En el estudio de Sperlinga et al realizado en el año 2015 (11), se afirma que dicha herramienta puede resultar muy útil a la hora de evaluar la eficacia del tratamiento del DIO y sugiere que se podría utilizar para realizar evaluaciones periódicas de la eficacia del mismo. No obstante, reconoce que la ABPAT no se considera la herramienta ideal para la evaluación del DIO en la práctica rutinaria por su complejidad y, en consecuencia, por el tiempo que consume. Asimismo, señala que el DIO puede evaluarse mediante otras herramientas más simples como la BAT, y que la ABPAT podría utilizarse como una herramienta de segunda opción.

Identificar el conocimiento que tienen las enfermeras acerca del DIO y las herramientas que emplean para evaluarlo.

Un estudio realizado con 1121 enfermeras de 12 países europeos (14) afirma que las herramientas de evaluación más utilizadas por las enfermeras fueron la escala visual analógica (EVA), la ECN y la Edmon-ton Symptom Assessment System (ESAS).

Otro estudio publicado en el año 2013 y realizado en el Reino Unido con 104 enfermeras de 10 unidades diferentes de cuidados paliativos (15) señala que las herramientas más utilizadas por las enfermeras para evaluar el DIO fueron la ECN y la ECV.

Estas herramientas no son específicas para evaluar el DIO y por lo tanto no son válidas para distinguirlo de un dolor basal. Esto es consecuente con el hallazgo del estudio europeo antes mencionado (14), que afirma que el 37% de las enfermeras consideró dificultoso distinguir el DIO del dolor basal.

Por otro lado, todos los estudios seleccionados para la revisión que abarcan el tema del conocimiento de las enfermeras acerca del DIO (2, 3, 14, 15, 21) coinciden en que es escaso y concluyen que las enfermeras necesitan más formación

sobre el DIO en general y específicamente sobre su evaluación y manejo.

Un estudio publicado recientemente y realizado en España con especialistas en el dolor oncológico (3), señala que la importancia de tener enfermeras oncológicas bien instruidas es indiscutible y que la aportación del personal de enfermería sería extremadamente valiosa para mejorar la práctica clínica.

Asimismo, reconoce que sería de gran ayuda realizar un estudio para evaluar el conocimiento, el rol y la práctica de las enfermeras españolas con respecto al DIO, ya que hasta la fecha, no se ha realizado ningún estudio similar en nuestro entorno (3).

El grupo de trabajo de la EONS reconoce que existe la necesidad de instruir a las enfermeras en el manejo del DIO y ha desarrollado recientemente una guía con esa finalidad (21). No obstante, esta guía no se encuentra traducida al castellano y por lo tanto no está disponible aún en nuestra área.

DISCUSION

El análisis bibliográfico realizado corrobora que actualmente existen herramientas para identificar y evaluar el DIO en concreto, pero se ha podido observar que la mayoría de estas herramientas están únicamente disponibles en inglés, por lo que no se encuentran disponibles en nuestra área.

De las herramientas obtenidas tras la búsqueda bibliográfica, el algoritmo de Davies es la única que se halla traducida al castellano. Cabe destacar que los dos artículos en los que aparece el algoritmo de Davies en castellano son recientes, concretamente fueron publicados en los años 2014 y 2015. Su reciente traducción puede ser la razón del desconocimiento de esta herramienta y, en consecuencia, de que aún no se esté haciendo uso del algoritmo de Davies como una herramienta

de identificación del DIO en España.

El estudio realizado por Boceta J et al (10) con un grupo de expertos en el dolor oncológico de España corrobora esta afirmación, pues el estudio señala que el 34% de los participantes no era consciente de que estaba haciendo uso del algoritmo de Davies, lo que evidencia una falta de conciencia en cuanto a la existencia de dicho algoritmo. Esto puede atribuirse tanto a la falta de difusión del algoritmo como a la inexistencia de protocolos establecidos en torno a la evaluación y manejo del DIO en nuestro entorno. Por lo tanto, se puede afirmar que actualmente se está haciendo uso del algoritmo de Davies en España si bien algunos participantes del estudio no eran conscientes de ello en aquel momento.

Otra evidencia de que se está empleando el algoritmo de Davies en la actualidad es que en el estudio realizado para evaluar la eficacia y aceptabilidad de la ABPAT, se haya empleado el algoritmo de Davies para verificar que los pacientes oncológicos presentaban dolor irruptivo y así poder incluirlos en el estudio de evaluación la ABPAT.

Una razón de peso a favor del algoritmo de Davies, es que en la guía para el manejo del DIO elaborada por la EONS se recomienda hacer uso de él en la práctica diaria para identificar el DIO.

En relación a las herramientas para evaluar el DIO, tras la búsqueda bibliográfica se han obtenido dos herramientas para evaluar el DIO que se encuentran validadas en inglés, la ABPAT y la BAT.

Tras el análisis de las dos herramientas realizado en el apartado anterior, se puede observar que la ABPAT y la BAT son herramientas similares, sin embargo hay varias razones que hacen que la BAT sea la mejor opción a la hora de evaluar el DIO.

Una de ellas es que varios estudios pertenecientes a la revisión consideran que la ABPAT es una herramienta de evaluación muy extensa que requiere mucho tiempo para cumplimentarla. Asimismo, coinciden en que la BAT es más breve y sencilla que la ABPAT.

Otra de las razones a favor de la BAT es que podría utilizarse tanto como herramienta de evaluación como de reevalua-

ción periódica. El estudio de Vellucci et al (7) indica que para la reevaluación del DIO serían útiles tanto las herramientas de evaluación como las escalas genéricas del dolor. Debido a que la BAT es una herramienta de evaluación que incluye ECN y EC, sería la mejor opción para realizar estas reevaluaciones periódicas que, tal y como la literatura afirma, son imprescindibles para el manejo exitoso del DIO.

Uno de los objetivos de la reevaluación periódica es evaluar los efectos secundarios del tratamiento del DIO. En la tabla 3, se puede observar que la ABPAT no tiene en cuenta los síntomas asociados al tratamiento, mientras que la BAT sí los tiene en cuenta y por consiguiente, los evalúa.

En cuanto a las herramientas que emplean las enfermeras para evaluar el DIO, varios estudios confirman que las enfermeras emplean únicamente escalas genéricas de dolor como la ECN, la ECV y la EVA. En consecuencia, no sorprende que las enfermeras tengan dificultades para distinguir el DIO de un dolor basal.

Es preocupante que todos los estudios que abarcan el conocimiento de las enfermeras acerca del DIO coincidan en que éste es escaso y que las enfermeras necesitan más formación en torno al DIO. Una posible explicación puede ser la falta de recursos de los que disponen las enfermeras en cuanto al manejo del DIO.

CONCLUSIONES

Se ha podido objetivar que, efectivamente, existen en la actualidad herramientas tanto para identificar como para evaluar el DIO.

Tras el análisis realizado en el apartado anterior, se puede afirmar que el algoritmo de Davies es la herramienta idónea para identificar el DIO. Una vez identificado el DIO, el siguiente paso sería su evaluación.

En cuanto a la evaluación, la BAT ha demostrado ser la herramienta más adecuada para evaluar el DIO tanto por sus características como por su brevedad y

sencillez. Por todo esto, considero urgente que se realicen estudios para validar esta herramienta en nuestra área ya que sólo se encuentra validada en el Reino Unido.

Por otro lado, a través de los estudios seleccionados para este trabajo se ha visto que las enfermeras emplean escalas genéricas del dolor como herramientas para evaluar el DIO, las cuales no permiten diferenciarlo de un dolor basal ni realizar la valoración concreta que se requiere para evaluar el DIO.

Las posibles causas de la utilización exclusiva de estas escalas genéricas pue-

den ser el conocimiento insuficiente de las enfermeras acerca de este dolor y/o la escasez de recursos (guías, protocolos etc.) de los que se disponían en aquel momento.

En conclusión, creo necesario realizar una difusión exhaustiva de la guía para el manejo del DIO elaborada recientemente por la EONS y que está especialmente enfocada a los profesionales de enfermería, pues es la herramienta clave para aumentar su conocimiento en torno a este dolor y así optimizar el manejo del DIO en su práctica diaria.

AGRADECIMIENTOS

A la vicedecana de la facultad de enfermería de San Sebastián Nieves Aja Hernan-

do, y a todo el personal de hospitalización de Onkologikoa, por el apoyo recibido.

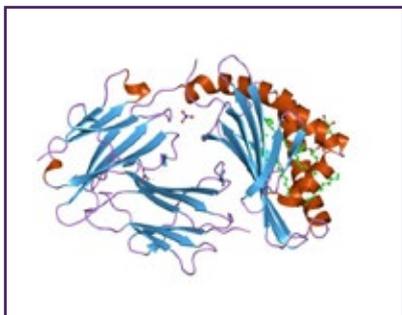
BIBLIOGRAFÍA

(1) Escobar Y, Biete A, Camba M, Gálvez R, Mañas A, Rodríguez CA et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso. Rev. Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado 24 dic 2015];21(2):97-105. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n2/07_revisio-nesmba2.pdf

(2) Rustøen T, Geerling JI, Pappa T, Rundström C, Weisse I, Williams SC et al. A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2013 [citado 23 dic 2015];7(1):95-100. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S146238891200052X>

(3) Porta-Sales J, Perez C, Escobar Y, Martinez V. Diagnosis and management of breakthrough cancer pain: Have all the questions been resolved? A Delphi-based consensus assessment (DOIRON). Clin Transl Oncol [Internet]. 2015 [citado 19 feb 2016]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12094-015-1468-7>

- (4) Davies AN. The management of breakthrough cancer pain. *Br J Nurs*. 2011;20(13):803-807.
- (5) García S, Vargas R, García R, Quibén R, Marrupe D, Barrio MJ. Diagnóstico: pautas diagnósticas y la adecuada gestión del dolor basal y del dolor irruptivo. *Med palliat* [Internet]. 2015 [citado 29 dic 2015];22(1):10-14. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X15300033>
- (6) European Oncology Nursing Society. Breakthrough cancer pain guidelines. [Monografía en internet]. 2013 [citado 23 dic 2015]. Disponible en: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONS-BreakthroughCancerPainGuidelines.pdf>
- (7) Vellucci R, Fanelli G, Pannuti R, Peruselli C, Adamo S, Alongi G et al. What to Do, and What Not to Do, When Diagnosing and Treating Breakthrough Cancer Pain (BTcP): Expert Opinion. *Drugs* [Internet]. 2016 [citado 21 mar 2016];76(3):315-330. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4757619/pdf/40265_2015_Article_519.pdf
- (8) Davies A, Buchanan A, Zeppetella G, Porta-Sales J, Likar R, Weismayr W et al. Breakthrough cancer pain: an observational study of 1000 European oncology patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2013 [citado 23 dic 2015];46(5):619-628. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392413001206>
- (9) Twomey F, O'Brien T, O'Reilly M, Bogan C, Fleming J. An Observational Research Study to Evaluate the Impact of Breakthrough Cancer Pain on the Daily Lives and Functional Status of Patients. *Ir Med J* [Internet]. 2015 [citado 2 feb 2016];108(6):174-176. Disponible en: <http://archive.imj.ie/ViewArticleDetails.aspx?ArticleID=14260>
- (10) Boceta J, De la Torre A, Samper D, Farto M, Sanchez R. Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study. *Clin Transl Oncol* [Internet]. 2016 [citado 11 feb 2016]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12094-016-1490-4/fulltext.html>
- (11) Sperlinga R, Campagna S, Berruti A, Laciura P, Ginosa I, Paoletti S et al. Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool: A validation multicentre study in cancer patients with breakthrough pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2015 [citado 2 feb 2016];19(7):881-888. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejp.612/epdf>
- (12) Webber K, Davies AN, Zeppetella G, Cowie MR. Development and validation of the breakthrough pain assessment tool (BAT) in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2014 [citado 2 feb 2016];48(4):619-631. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392414000712>
- (13) Wengstrom Y, Geerling J, Rustoen T. European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2014 [citado 23 dic 2015];18(2):127-131. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388913001658>
- (14) Rustoen T, Geerling JI, Pappa T, Rundstrom C, Weisse I, Williams SC et al. How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives--results of a European survey. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 [citado 23 dic 2015];17(4):402-407. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388912001275>
- (15) Soden K, Ali S, Alloway L, Barclay D, Barker S, Bird L et al. How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicentre study. *Int J Palliat Nurs*. 2013;19(11):528-534.
- (16) Lai C, Chou P, Lin Y, Wong J, Yeh E, Su W et al. Cancer Breakthrough Pain: Clinical Assessment and Management. *J Exp Clin Med* [Internet]. 2011 [citado 23 feb 2016];3(6):272-277. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878331711001501>
- (17) Hagen A, Stiles C, Nekolaichuk C, Biondo P, Carlson L, Fisher K et al. The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for Cancer Patients: A Validation Study Using a Delphi Process and Patient Think-Aloud Interviews. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2008 [citado 23 feb 2016];35(2):136-152. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088539240700677X>
- (18) Webber K, Davies AN, Cowie MR. Accuracy of a Diagnostic Algorithm to Diagnose Breakthrough Cancer Pain as Compared With Clinical Assessment. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [citado 11 feb 2016];50(4):495-500. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392415002481>
- (19) Buchanan A, Davies A, Geerling J. Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(3):126-129.
- (20) Caraceni A, Bertetto O, Labianca R, Maltoni M, Mercadante S, Varrassi G et al. Episodic (breakthrough) pain prevalence in a population of cancer pain patients. Comparison of clinical diagnoses with the QUDEI--Italian questionnaire for intense episodic pain. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2012 [citado 2 feb 2016];43(5):833-841. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392412000139>
- (21) Wengstrom Y, Rundstrom C, Geerling J, Pappa T, Weisse I, Williams SC et al. The management of breakthrough cancer pain--educational needs a European nursing survey. *Eur J Cancer Care* [Internet]. 2014 [citado 23 dic 2015];23(1):121-128. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12118/epdf>



Inactivación del B2M condiciona la respuesta inmunoterápica en pulmón.

El gen B2M aparece mutado hasta en un 8 por ciento de los casos de cáncer de pulmón. Su inactivación parece además, influir en las respuestas a los tratamientos con inmunoterapia.



Identifican nuevos genes que regulan la propagación de tumores.

Según un estudio publicado en *Nature*, el gen Spns2, lleva a una reducción de tres cuartos en la metástasis tumoral, según un estudio en modelo murino modificado genéticamente.



Un biosensor detectará algunos tumores antes de que se desarrollen.

El sistema inmune es la base para que un nuevo biosensor, desarrollado por investigadores de la Universidad Complutense de Madrid, detecte en sangre las alteraciones, sobre todo ligada a la proteína p53, que originan cánceres como el de colon y ovario antes de que se desarrollen.



La telerehabilitación "on line" mejora la calidad de vida en mama.

El uso de un programa de ejercicios de telerehabilitación con seguimiento *on line* ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama y aliviar los síntomas asociados a la terapia, según un estudio realizado por la Universidad de Granada y el Hospital Virgen de las Nieves y San Cecilio, de Granada.



Cambios epigenéticos determinan la metástasis del cáncer de páncreas.

La reprogramación epigenética relacionada con el metabolismo de la glucosa juega un importante papel en las metástasis del cáncer de páncreas.



La Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica de Málaga, crea una plataforma virtual de seguimiento nutricional.

Los pacientes con patología tumoral ingresados en la Unidad de Oncología del Hospital General (Hospital Regional de Málaga), disponen desde finales de año de una plataforma virtual para el control y seguimiento de su estado nutricional, mediante una monitorización planificada a distancia, una vez son dados de alta a domicilio.



Josep Tabernero

Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Vall d'Hebron y Director del Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO).

Presidente electo de la European Society of Medical Oncology

Josep Tabernero (Barcelona, 1963) es el Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Vall d'Hebron y Director del Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO) –ambas organizaciones integradas en el Vall d'Hebron Barcelona Campus Hospitalario–. También es el presidente electo de la European Society of Medical Oncology, presidente para el periodo 2018-2019.

Su servicio ha sido situado en primer lugar en la especialidad de Oncología Médica en el ránking del Monitor de Reputación Sanitaria por tercer año consecutivo. ¿Qué supone este reconocimiento para la organización que usted dirige y representa?

Para nuestro servicio es, sin duda, un orgullo recibir este reconocimiento y más aun teniendo en cuenta que el Monitor de Reputación Sanitaria es un estudio independiente que cuenta con un Consejo Asesor formado por los presidentes de los Consejos Generales de Médicos y Enfermeros, pero que también incluye a Asociaciones de Pacientes y a periodistas Sanitarios, y se ha tenido en cuenta la opinión de más de 3.200 profesionales procedentes de estos diferentes colectivos y asociaciones. Por ese motivo es un reconocimiento que procede de todos los colectivos con los que trabajamos y para los que trabajamos a diario. Otros de los

parámetros que se tienen en cuenta son más objetivos, como por ejemplo más de 1000 indicadores objetivos de calidad y gestión clínica, por lo que también debemos felicitarnos. Es sin duda una gran labor de equipo en nuestra obligación con el paciente de la cual nos hemos de sentir todos muy orgullosos.

Usted dirige uno de los centros punteros en la investigación sobre el cáncer en España. ¿Qué es lo que hace del VHIO un centro tan pionero y reconocido?

El VHIO es un destacado centro oncológico integral de excelencia donde científicos y oncólogos adoptan un modelo de investigación puramente traslacional, trabajando conjuntamente en equipos multidisciplinares para acelerar y avanzar en el campo de las terapias personalizadas y específicas contra el cáncer.

El VHIO es uno de los centros más reconocidos en Ensayos Clínicos de Europa. Con la inclusión de unos 1.000 pacientes al año en ensayos clínicos en Fases I, II y III, y en parte gracias a una unidad única e innovadora, la Unidad de Terapia Molecular-La Caixa (UITM). Otra peculiaridad del VHIO a través de esta Unidad es la caracterización de algunos tumores, realizando un pre-screening molecular y un análisis completo genómico para conocer las características de los tumores a unos 1700 pacientes cada año y, que esta información permite el acceso a fármacos innovadores dirigidos a estas alteraciones y que no están todavía en el mercado.

¿En qué momento se encuentra la investigación de esta enfermedad?

La investigación oncológica se encuentra en un momento crucial.

En estos momentos ya no podemos hablar simplemente de cáncer. Hay más de 250 cánceres diferentes. Hoy en día hablar del cáncer de mama o hablar de cáncer de colon, no da mucha información. Hay que tener en cuenta los diferentes subtipos cada vez más específicos y alteraciones diferentes de estos tumores.

Además, hoy en día tenemos conciencia del hecho que los tumores están en continua evolución y hoy por hoy aquellos pacientes que ya han recibido los tratamientos más convencionales pueden recibir tratamientos más dirigidos y personalizando en base al diagnóstico de los diferentes tumores. Y para ello cobra especial relevancia una de las grandes novedades recientes en oncología: la aparición de la Biopsia Líquida. La biopsia líquida permite monitorizar a los tumores de forma que permite hacerle un seguimiento casi a tiempo real, para seguir los cambios continuos que sufren estos tumores y en el futuro poder tomar decisiones adecuadas en el ajuste de los tratamientos.

Otro punto clave actualmente es el estudio de terapias cada vez más innovadoras y por ejemplo, la revolución que supone la inmunoterapia. Hoy podemos modificar la respuesta inmune del paciente para ellos mismos luchan contra el tumor. En el VHIO ya hay un 40% de estudios clínicos al entorno de la Inmunoterapia.

Ha mencionado la investigación traslacional. ¿Es este el futuro de la investigación sobre el cáncer?

Sin ninguna duda. En VHIO toda la investigación está basada en un modelo traslacional y es uno de los grandes valores de la investigación oncológica que se realiza, donde conviven investigación pre-clínica, traslacional y clínica, en una comunicación permanente y compartiendo un único espacio y este modelo trata de acortar los tiempos en que el conocimiento que se genera en el laboratorio llega a los pacientes.

Uno de los grandes ejemplos de la traslacionalidad de la investigación que se lleva a cabo en VHIO y en los que es muy experto

y pionero son los PDX o Patient Derived xenografts: ratones en los que se implanta un tumor extraído de paciente y se hace crecer de manera que el modelo animal sea el modelo más fiable del tumor del paciente, sobre el que se pueda ver la evolución, respuesta a fármacos, resistencias a estos fármacos, características de crecimiento, etc.

En esta investigación traslacional también se incorporan, científicos, oncólogos, técnicos, enfermería oncológica, gestores de ensayos clínicos y todos los profesionales de soporte.

¿Qué papel juega actualmente enfermería en Oncología? ¿Y en el ámbito de la investigación?

Enfermería es fundamental en el tratamiento de un paciente afectado de cáncer, tanto por su formación (superior al nivel medio del resto de países) como por sus atribuciones. En España, el nivel de autonomía de un Diplomado de Enfermería le permite tomar ciertas decisiones respecto a la asistencia y el cuidado de los pacientes, siempre siguiendo unos protocolos consensuados previamente. En el Servicio que dirijo, los equipos de Enfermería tienen un nivel adicional de autonomía: los cuidados que enfermería proporciona al paciente oncológico incluyen la educación

sanitaria sobre el proceso oncológico (información, prevención, detección precoz y tratamiento consensuado con el equipo médico) desde el momento del diagnóstico hasta una eventual situación de final de vida. Además, el equipo de enfermería es parte integrante e importante de diferentes equipos multidisciplinares en los que desempeña funciones de un alto nivel de responsabilidad: la

Unidad de Cuidados Paliativos, la gestión de casos del Circuito de Diagnóstico Rápido del Cáncer, la Consulta de Atención Inmediata, los Hospitales de Día y sus Consultas de Enfermería o la Unidad de Hospitalización, son las diferentes áreas en las que enfermería trabaja en estrecha colaboración con el personal facultativo. El paciente oncológico es el que más se beneficia y agradece la plena colaboración e interacción de todos los profesionales. Un reto muy importante para el futuro y con el objetivo de aumentar la calidad del cuidado del paciente es la especialización de los diplomados de enfermería en las áreas de oncología y por tanto establecer los perfiles de especialización en las descripciones de los lugares de trabajo.

En lo que respecta a la enfermería de Ensayos Clínicos, es una de las bases en las que se sustenta el desarrollo de los ensayos clínicos que se llevan a cabo en nuestro centro. Participan muy activamente incluso en los pasos previos a la inclusión de un paciente, así como durante el proceso de estudio y tratamiento del mismo. Aquí se pone de manifiesto más aún si cabe, la alta preparación de nuestra enfermería, con una formación adicional en este campo de la investigación y los ensayos clínicos.

Considero que la enfermería oncológica, por su alto nivel de formación que continuamente han de actualizar y por el tipo de cui-

“ El paciente oncológico es el que más se beneficia y agradece la plena colaboración e interacción de todos los profesionales ”

datos y soporte emocional que han de procurar a los pacientes oncológicos, debiera ser considerada una enfermería especialista, que tendría que tener un perfil definido y una formación específica.

¿Cuáles son los retos de futuro de la Oncología y del VHIO?

Hay muchas áreas que hoy mismo están en desarrollo y que están empezando a tener un peso específico en la investigación más innovadora.

Hay que tener en cuenta cada vez más al microambiente tumoral, por ejemplo, o al tejido de soporte del tumor. Hay estudios clínicos en que ya tiene en cuenta el metabolismo de las células tumorales, y ya empiezan a existir compuestos que utilizan como diana terapéutica este metabolismo de las células tumorales para atacarlas.

Otro de los grandes retos de futuro de la oncología es la gestión de la inmensa cantidad de datos que cada vez se gestionan: su análisis bioinformático. El llamado Big Data. Las nuevas plataformas captan mucha información -genómica, proteómica, etc- pero debemos conseguir discriminar qué alteraciones son críticas para el desarrollo y crecimiento del tumor y qué alteraciones no van a ser las promotoras o conductoras de esta oncogénesis.

Para acabar, hay tratamientos muy innovadores basado en cambios epigenéticos. Hoy por hoy en una fase muy preliminar. Hay muy pocos fármacos dirigidos a estas alteraciones epigenéticas pero ya existe alguno que de manera muy pionera se está probando en la Unidad de Terapia Molecular-La Caixa (UITM).

Pero nuestro mayor reto es el paciente, entender qué le pasa y darle todas las mejores opciones terapéuticas, nuestros fármacos más innovadores y siempre acompañarle en su proceso. Es el paciente el que nos proporciona nuestros mayores aprendizajes.



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



ARTÍCULO

EL MÉTODO DEL CASO CLÍNICO COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA EN COMPETENCIAS

Ana M^a Tordable Ramírez

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

Grado de Enfermería. Magister en bioética y metodología de la investigación en salud
Especialista en Derecho Sanitario. Especialista en Cuidados Paliativos
Enfermera del Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD)

RESUMEN

Las sesiones de enfermería como actividad docente en los equipos asistenciales, es una estrategia didáctica eficaz para el aprendizaje de enfermería, alumnos de grado y de EIR (Enfermera Interno Residente). Ello necesita del planteamiento de competencias y de resultados, con la elección de una situación o caso clínico concreto.

El análisis intensivo y completo de un hecho, problema o suceso real tiene la finalidad de analizar, reflexionar, interpretar, discutir, consensuar, resolver, generar hipótesis, contrastar datos, completar conocimiento y, en ocasiones, generar entrenamiento en los posibles procedimientos alternativos de solución, formulando las preguntas para estimular la búsqueda

bibliográfica, la reflexión y el pensamiento crítico, todo ello, generando un aprendizaje activo para el desarrollo de competencias enfermeras.

Palabras clave: autoaprendizaje, metodología basada en resolución de casos, revisión de casos, sesiones clínicas, cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La preparación y estructura de un caso clínico, para exponer ante un grupo de profesionales como sesión formativa, nos ayudará en la búsqueda y el análisis de las evidencias científicas, tanto cuantitativas como cualitativas que podrán sustentar los cuidados y recomendaciones que se

realizan en la práctica diaria como profesional de enfermería.⁽¹⁾

Todo ello fomentará no sólo la búsqueda bibliográfica al respecto de un tema concreto, también la pericia en la exposición de cara al público al que va dirigido y a su discusión sobre el caso específico,

haciéndose presente la visión de distintos profesionales, las aportaciones para defender y analizar cada argumento, desarrollo de pensamiento, crear dudas, facilitar la discusión así como llegar a una actitud de consenso para la conclusión del caso específico.^(2,3)

OBJETIVO DE LAS SESIONES DE CASOS

Crear este espacio de formación, dentro de la dinámica de trabajo como sesión clínica de cuidados, nos ayudará a ver la necesidad de un aprendizaje continuo y a la actualización de una realidad vivida o vivenciada, necesaria para el desarrollo competencial y de responsabilidad enfermera, aprendiendo no sólo de lo técnico y científico, sino también de lo humano, atendiendo a ese abordaje integral e integrador, así como de la multidisciplinariedad que conllevan la mayoría de los casos.

La redacción de un caso real nos ayuda a desarrollar la pericia de síntesis, observación, análisis y exposición de los problemas y necesidades detectadas tras la valoración inicial, de los cursos de acción posibles, así como encontrar el abordaje o solución adecuado a cada caso concreto, donde la prudencia será básica en la toma de decisiones, analizando no sólo la estrategia técnica, también la repercusión legal y bioética que cada uno de los casos lleva consigo.^(4,5)

Esta exposición de planteamiento hace posible que los participantes a dicha sesión defiendan su análisis con la experiencia y actitudes diferentes donde los puntos de vista o formas de tratar un problema o necesidad, puedan ser individual o multidisciplinar, teniendo en cuenta la organización institucional donde se trabaja. Todo ello hará visible la importancia de seguir las guías clínicas para una homogenización de los cuidados a seguir según los expertos y la bibliografía.

¿PARA QUÉ SON ÚTILES LAS SESIONES DE CASOS?

Integrar de forma secuenciada sesiones clínicas de enfermería en nuestro trabajo, busca favorecer en esencia un proceso de discusión y debate grupal colaborativo para^(6,7,8):

- Actualizar conocimientos teóricos y prácticos.
- Fomentar la práctica reflexiva.
- Aumentar la capacidad de análisis crítico.
- Potenciar el trabajo en equipo.
- Compartir experiencias.
- Consensuar planes de cuidados, evitando olvidos o repeticiones.
- Mejorar la calidad de los cuidados.
- Cuidados coordinados.
- Crecimiento profesional.
- Analizar y evaluar los cuidados prestados.
- Puede ser la base de preguntas para proyectos de investigación tanto cuantitativa como cualitativa.

CÓMO PREPARAR UN CASO CLÍNICO⁽⁴⁾

1. Se elegirá una situación real (contexto, personajes e ideas claves).
 2. Se redactará el caso con un título atractivo relacionado con el mismo, que oriente o indique el objetivo de la exposición del caso.
 3. La preparación de un caso clínico invita a trabajar de forma individualizada la redacción detallada y detenida del caso.
 4. Analizar la información de la que se dispone tanto cuantitativa como cualitativa.
 5. Detectar los hechos claves que consideramos relevantes en el caso, pudiendo ser el motivo de aprendizaje.
 6. Se debe definir el nivel de conocimiento de los enfermeros al que va dirigido. Se seleccionará el nivel de las competencias (básicas, intermedias o avanzadas) y resultados de aprendizaje.
 7. Estará definido el objetivo del caso y la forma de abordarlo.
 8. Se realizará una parte introductoria acerca del paciente o circunstancia en que se presenta con exposición cronológica de los hechos con una visión holística. Destacando datos básicos del paciente, aunque se reservará la confidencialidad del nombre.
 9. Se expondrá el desarrollo del caso o evolución y la resolución-discusión del caso con un análisis de dificultades y objetivos de mejora. Comentario crítico de las fuentes de consulta.
 10. Repercusión del caso a nivel científico/técnico, continuidad asistencial, bioético, legal, etc.
 11. Se valorará la conveniencia o no de entregar con antelación la documentación del caso para su lectura. Se indicará en la exposición la bibliografía consultada.^(5,6)
- Se pueden diferenciar tres tipos de objetivos diferentes en la presentación de un caso clínico:
- Exploratorio: cuyos resultados pueden ser usados como base para formular preguntas de investigación.
 - Descriptivo: intenta describir lo que sucede en un caso particular.
 - Explicativo: facilita la interpretación o habilidad técnica.

DESARROLLO: EJERCICIO PRÁCTICO DE UN CASO

Se expone un caso sencillo, de una circunstancia que en muchas ocasiones provoca polémica por desconocimiento de cómo desarrollar una técnica como es el cambio de una sonda de gastrostomía o los cuidados de la nutrición enteral por sonda. Se podría plantear la necesidad que la enfermera que expusiera el caso fuera una enfermera de competencias avanzadas o incluso del servicio específico de nutrición.

Título: Revisión y pericia de cuidados de un paciente portador de gastrostomía para alimentación.

Objetivo: Revisar los cuidados de un paciente con gastrostomía y nutrición enteral.

Temas a tratar o desarrollar:

- Revisar los cuidados de la nutrición enteral.
- Educación para los cuidados al cuidador primario.
- Adiestrar en la pericia de cambio de gastrostomía por enfermería.
- Continuidad de cuidados. Coordinación con Atención Primaria tras ingreso en planta de hospitalización.

Caso clínico:

Paciente de 73 años diagnosticado de Ca de base de lengua, portador de sonda de gastrostomía para alimentación desde hace 9 meses, colocada por endoscopia, habiéndole realizado ya el primer cambio hace tres meses en la consulta de nutrición.

Valoración funcional: El paciente tiene un Barthel de 40 puntos. Necesitando ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida diaria. Vida cama sillón. Astenia importante por el proceso de enfermedad.

Valoración cognitiva: Consciente y orientado.

Grado de información de la enfermedad: Conoce diagnóstico y sospecha pronóstico. La familia conoce diagnóstico y pronóstico.

Valoración psicoemocional: Cuadro adaptativo.

Situación social: La cuidadora es la esposa de similar edad y tiene otra cuidadora privada que le ayuda 4h diarias. Vive el matrimonio en su domicilio. No tienen hijos.

Desarrollo/Evolución del caso: Hace dos días ingresa en la planta de oncología por infección respiratoria. Se aprovecha el ingreso para hablar con la esposa y hacer una revisión de los cuidados a realizar en domicilio, haciendo hincapié en los referentes a los de la sonda de gastrostomía y la administración de la nutrición y medicación por sonda.

Dado el deterioro funcional del paciente será recomendable no realizar traslado del paciente en el próximo cambio de sonda, si fuera necesario, para lo que se realizará la coordinación al alta con su enfermería de Atención Primaria quien dispondrá el seguimiento domiciliario, así como el cambio de la sonda en el propio domicilio del paciente.

Qué puede aportar este caso

- Para que haya un consenso sobre qué puntos debemos explicar, el profesional de enfermería al cuidador, se realizará una revisión bibliográfica sobre cuidados. Planes de cuidados de enfermería. Se expondrán.
- Se acordará la necesidad de poder tener por escrito las recomendaciones al alta hospitalaria de la estrategia de educación al cuidador primario, para que en caso de duda pueda consultarlas o en este caso

que haya dos cuidadores como es el caso, puedan realizarlo de igual forma los cuidados de nutrición por gastrostomía.

- Se podrá aportar a la sesión el material necesario que sirva de ayuda para la explicación teórica y práctica. Por ejemplo distintas sondas de gastrostomía.
- Dado que es una técnica que realiza también enfermería, será un buen momento para conocer qué enfermeras conocen o no la técnica de cambio y se realizará una clase teórica (indicaciones de colocación, técnica de colocación, complicaciones, cuidados,...) y de pericia técnica de cómo realizar un cambio de gastrostomía.
- Puesto que el caso del paciente, requiere de una continuidad y seguimiento en los cuidados y detección de posibles complicaciones, informaremos como realizaremos la coordinación de continuidad asistencial con la enfermera de Atención Primaria tras el alta hospitalaria, para que verifique el entendimiento de la esposa en los cuidados, tenga una sonda de repuesto en domicilio y realice el cambio cuando sea necesario.
- Se puede hacer una exposición de las connotaciones bioéticas y legales de no realizar una técnica por falta de formación.

En este caso se ha querido destacar la necesidad de formación sobre un cuidado específico como es la nutrición por sonda de gastrostomía, el adiestramiento de una técnica, así como la importancia de la coordinación con las compañeras de Atención Primaria.

CONCLUSIONES

El caso clínico como estrategia didáctica en sesiones de enfermería, incrementa el conocimiento y potencia el diálogo en el proceso de reflexión compartida. Con-

ciencia de la complejidad y singularidad de la mayoría de las situaciones que surgen en el proceso de cuidar. Aumenta la motivación para el aprendizaje y mejora el

clima de satisfacción al potenciar de forma activa la participación y retroalimentación del profesional de enfermería, camino hacia la excelencia en los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vellido, C., Quiñoz, MC., et al. "Sesiones Clínicas de cuidados para profundizar en el pensamiento enfermero". *Metas de Enfermería*. 2014 <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80591/>
- (2) Pulido, R., Souto, C. "Sesiones de enfermería. Una asignatura pendiente. *Metas de Enfermería*". *Metas de Enfermería*. (1999). Núm 20. 45-47.
- (3) Germán Bes, C.; Moreno Azanar, L.; Tomás Aznar, C. "Escenarios de aprendizaje en educación para la salud en la diplomatura de enfermería". *Trabajo Social y Salud*. (2000) Núm 35. 243-249.
- (4) Salas, MJ. "Normas y criterios para la elaboración, redacción y presentación de documentos de casos clínicos en una sesión clínica de cuidados". *Documentos enfermería* (2008) núm 32.
- (5) Guirao, JA. Del Pino, R. "Sesión clínica de cuidados. Finalidad y método". *Enfermería clínica* (2001) Vol 11. núm 5 42-46.
- (6) Torre, S., Barrios, O. (2000). *Estrategias didácticas innovadoras*. Barcelona. Octaedro. 2ª edición 2002.
- (7) Tejada, J. "El docente universitario ante los nuevos escenarios: implicaciones para la innovación docente". *Acción Pedagógica*. (2002) Vol. 11, núm 2. 30-42.
- (8) Jiménez, VE. "El estudio de caso y su implementación en la investigación". *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales* (2002), Vol. 8, núm 1, 141-150.
- (9) Schön, Donald A. *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós, 2008.
- (10) Orkaizagirre A., Amezcua, M., Huércanos I., Arroyo A. El estudio de casos como instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado. *Index Enferm vol.23 n°4*. Granada oct/dic 2014.
- (11) González MP., Vergara J. Percepciones sobre el estudio de casos, como estrategia de aprendizaje, en estudiantes de enfermería. *Enferm*. Vol18 n°1 abril 2012. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100011
- (12) Vázquez B., Guillament A., Martínez G., Pérez F. Innovación en los métodos de formación continuada/permanente de las enfermeras de cuidados intensivos. *Enf. Intensiva Vol.25.nº 2 Abril/junio 2014*
- (13) Amezcua, M.; Hernández, S. M. Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para una ciencia aplicada. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(3): 675-683.
- (14) Hernández S.M. Formación de espíritus científicos en enfermería: gestando líderes de una transformación necesaria. *Index Enferm vol.23 n°3 Granada jul/sep 2014*.
- (15) Guillamet A. Influencia del aprendizaje basado en problemas en la práctica profesional. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada 2012. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/20514505.pdf>



PÍLDORAS COLECCIONABLES

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS: HIPO

Rosario Moreno

DESCRIPCIÓN

Es un síntoma producido por el espasmo del diafragma. Podemos considerarlo como un reflejo patológico que con relativa frecuencia suelen presentar los pacientes oncológicos.

El problema fundamental que ocasiona el hipo es el agotamiento que produce en el enfermo y la imposibilidad para su adecuado descanso, genera ansiedad, irritabilidad y conduce a un importante debilitamiento físico cuando el hipo se prolonga durante horas.

ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

Su origen puede estar condicionado por múltiples causas:

- Irritación del diafragma
- Irritación del Nervio frénico
- Síndrome tóxico
- Distensión gástrica y/o reflujo
- Origen central (tumores SNC)

TRATAMIENTO

Se dispone de diversos fármacos, que pueden mostrarse eficaces y deben ser utilizados tanto en las fases agudas como en las de mantenimiento.

Fase Aguda:

- Haloperidol
- Clorpromazina (Largactil)
- Midazolam (Dormicum)
- Metoclopramida (Primperan)
- Baclofen (Lioresal)
- Medidas no farmacológicas (SNG, apneas voluntarias, respirar en bolsa....)

Fase de Mantenimiento:

- Baclofen (Lioresal)
- Metoclopramida (Primperan)
- Midazolam (Dormicum)
- Ac.Valproico (Depakine)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Lo que el paciente puede hacer:

- Respirar lenta y profundamente en una bolsa de papel diez veces cada vez.
- Tomar agua lentamente.
- Mantener una cucharadita de azúcar en su boca y luego tráguesela
- No obligarse a comer.

Lo que puede hacer el cuidador del paciente:

- Observar al paciente para asegurarse de que puede tomar suficientes líquidos.
- Si se administra un medicamento contra el hipo, prestar atención a los mareos. Es posible que el paciente necesite ayuda para pararse o caminar.

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 .222

Cancer.org [Internet]. American Cancer Society; 1995 [actualizado 18 Mayo 2016, citado 11 Ener 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/cuidadoresdelasalud/fragmentado/la-atencion-del-paciente-con-cancer-en-el-hogar-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-care-at-home-hiccups>



NUESTRAS COMPAÑERAS DE...

Hospital Son Llàtzer (Islas Baleares)

Rosa Isabel Escamilla y Manuel Olivares



El Hospital Son Llàtzer es un centro público abierto en diciembre de 2001 e integrado en la red pública de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Baleares. Se trata de un centro moderno depositario de las ilusiones que van modelando los casi 2.000 profesionales de la salud que trabajan con el objetivo de prestar atención sanitaria avanzada a su población de referencia.

El Hospital basa su modelo de gestión en una apuesta triple:

- Autonomía de gestión en el marco del Servicio de Salud de las Islas Baleares, con la implicación de los responsables clínicos en las funciones directivas.
- Orientación hacia las actividades sin ingreso y de resolución rápida.
- Informatización integral de todos los procesos clínicos y de gestión.

Son Llàtzer fue pionero en Europa en la generación y el uso de sistemas de informatización hospitalaria. El método implantado permite gestionar toda la documentación clínica, peticiones de pruebas diagnósticas y terapéuticas, la recepción de resultados y las imágenes a través del sistema informático.

Esta avanzada tecnología, que permite desarrollar un proceso asistencial basado en la coordinación y la integración, se pone al servicio de la comunidad al tiempo que ofrece a sus usuarios una atención humana y cálida. El centro asiste a una población de 250.000 personas pertenecientes a 14 centros de salud con 22 zonas básicas adscritas.

El Hospital de Día se inauguró en febrero del año 2002.

Es una unidad asistencial polivalente, que atiende de una forma conjunta a pacientes de distintas especialidades. La mayor parte de la actividad asistencial es programada, sin que se excluya la urgente.



Está formado por dos áreas de atención especializada:

- Unidad de medicina ambulatoria. (U.M.A.)
- Unidad de tratamiento ambulatorio. (U.T.A.)

Unidad de Medicina Ambulatoria (UMA). Atiende a los pacientes que tienen que ser sometidos a algún tipo procedimiento (biopsia hepática, paracentesis...). una vez realizado el procedimiento y transcurrido el número de horas de permanencia en la Unidad que marca el protocolo para este proceso, si el paciente que cumple los criterios de alta regresa a su domicilio el mismo día. En caso contrario, se solicita su ingreso en el área de Hospitalización.

Unidad de Tratamiento Ambulatorio (UTA). Acuden a esta Unidad aquellos pacientes que precisen tratamiento que no requiere ingreso hospitalario, como es el caso de los pacientes oncológicos o hematológicos. Una vez finalizado el tratamiento, éstos regresan a su domicilio.

En Junio del año 2005 se puso en funcionamiento la consulta de enfermería onco/hematológica.

La unidad dispone de un manual de organización abierto y actualizable, según las modificaciones que se produzcan en la cartera de servicios o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran.

Nuestra Misión es identificar las necesidades de salud de las personas y proporcionar cuidados enfermeros al paciente y a la familia de manera integral, con el fin de promocionar la salud, prevenir, detectar complicaciones y contribuir a un mayor bienestar de la población, fomentar el autocuidado y la educación sanitaria todo ello en el ámbito ambulatorio, utilizando como marco de referencia el modelo de Virginia Henderson.

La cartera de servicios de enfermería es muy amplia al ser una unidad que abarca diferentes especialidades médicas. Entre otras actividades, se realizan:

- Valoración a pacientes que inician quimioterapia y/o cambios de tratamiento
- Valoración toxicidades en cada ciclo de quimioterapia
- Atención telefónica a demanda de los pacientes, para seguimiento y control del dolor y/o síntomas.
- Atención de urgencias onco-hematológicas.
- Administración de quimioterapia.
- Quimioterapia intraperitoneal.
- Colocación de bombas de infusión continua.
- Mantenimiento de catéter venoso central.
- Transfusión de concentrado de hemáties y plaquetas.

- Analíticas.
- Administración de tratamientos farmacológicos.
- Cuidados de enfermería pre y post asociados a los procedimientos.
- Test diagnósticos específicos
- Educación sanitaria
- Participación en Ensayos clínicos

El equipo de enfermería está formado por:

- 1 Supervisora
- 8 Enfermeras (2 Enfermeras consulta oncología)
- 9 Auxiliares de enfermería(consultas médicas y sala de tratamientos)

Otros profesionales vinculados a la unidad:

- 2 Administrativos Hospital de día
- 1 Secretaria servicio oncología
- Facultativos de distintas especialidades médicas
- 4 Data manager (oncología, hematología, medicina interna)
- 1 Psicooncóloga

El servicio cuenta con un área de recepción y 30 puestos para la atención de pacientes distribuidos en varias zonas:

- 6 boxes dobles, con capacidad para trece pacientes y sus acompañantes.
- 8 habitaciones dobles, 2 de las cuales para la atención de urgencias onco/hematológicas.
- Sala de curas
- Consultas: 7 Oncología, 2 Hematología, 1 Enfermería, 1 Psicooncología

El horario de funcionamiento es de 08.00 a 21.00 de lunes a viernes, en turnos rotatorios.

Todos los pacientes que inician tratamiento tienen asignada una enfermera referente desde el año 2008.

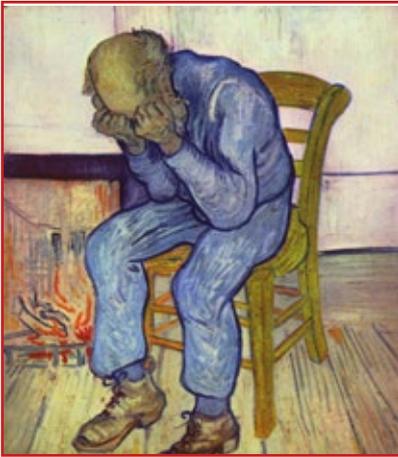
Durante el año 2016 se realizaron aproximadamente 24.000 tratamientos/ procedimientos en Hospital de día así como 3000 intervenciones en la consulta de enfermería .Se ha detectado un incremento del 14% en el número de llamadas que realizan los pacientes a la enfermera de referencia para consultar dudas y/o control de síntomas.

Nuestros proyectos más inmediatos son la realización de un taller de nutrición para pacientes que precisan soporte nutricional e impartir sesiones formativas a los profesionales de otras unidades sobre el manejo y cuidados del reservorio subcutáneo.



¿SABÍAS QUE...?

Ana Palacios



Los pacientes deprimidos son menos sensibles a la quimioterapia.

Europa press

Una proteína que refuerza el cerebro juega un papel importante en lo bien que las personas responden a la quimioterapia, tal y como revelan investigadores en el Congreso ESMO ('European Society for Medical Oncology') Asia 2016, que se ha celebrado en Singapur.

Su trabajo ha revelado que los pacientes de cáncer que sufren depresión tienen menos cantidad del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF, por sus siglas en inglés) en su sangre. Estos bajos niveles hacen que las personas respondan menos a los fármacos contra el cáncer y sean menos tolerantes a sus efectos secundarios.

El autor principal, Yufeng Wu, jefe de Oncología del Departamento de Medicina Interna del Hospital de Cáncer Henan, afiliado de la Universidad de Zhengzhou, en China, subraya: "Es crucial que los médicos presten más atención al estado emocional y sentimental de los pacientes. La depresión puede reducir los efectos de la quimioterapia y BDNF juega un papel importante en este proceso".

El estado de ánimo bajo es común entre los pacientes con cáncer, especialmente los enfermos terminales. BDNF es esencial para una función cerebral sana y bajos niveles ya se han relacionado con la

patología mental. Este estudio tuvo como objetivo descubrir cómo la depresión influía en los resultados de las personas con cáncer de pulmón avanzado.

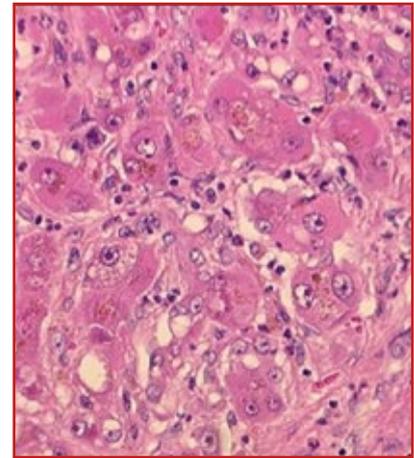
Los investigadores reclutaron a 186 pacientes recién diagnosticados que recibían quimioterapia y, para evaluar su estado de ánimo, se les pidió que calificaran sus niveles de depresión el día antes del comienzo del tratamiento. También se recopilaban datos sobre la calidad de vida, la supervivencia general y otras cuestiones, lo que permitió a los autores comparar esta información con las puntuaciones de estado de ánimo de los pacientes.

Los resultados mostraron que aquellos cuyo cáncer se había diseminado a otros órganos eran los más deprimidos y esto redujo drásticamente su tolerancia a la quimioterapia. Se asoció con vómitos, reducciones en los glóbulos blancos y estancias prolongadas en el hospital. El impacto de la depresión severa fue aún mayor, reduciéndose el tiempo que los pacientes vivían con la enfermedad sin que empeorara.

Los autores de este análisis encontraron que el BDNF claramente aumentó el número de células tumorales muertas por quimioterapia. Los pacientes con depresión severa tenían niveles más bajos de la proteína en la sangre, por lo que sus cuerpos no eran tan eficaces en la lucha contra el cáncer, reduciendo sus posibilidades de sobrevivir a la enfermedad. "Nuestro objetivo ahora es prescribir medicamentos como la fluoxetina a pacientes deprimidos y estudiar su sensibilidad a la quimioterapia", adelanta Wu.

Por su parte, Ravindran Kanesvaran, consultor médico oncólogo y profesor asistente de la 'Duke-NUS Medical School' de Singapur, señala: "El vínculo entre la depresión y los malos resultados entre estos pacientes es significativo y puede estar asociado con la regulación negativa del factor neurotrófico derivado del cerebro.

"Este hallazgo puede conducir quizás a



El regorafenib mejora la supervivencia de pacientes con carcinoma hepatocelular.

agenciasinc.es

La prestigiosa revista The Lancet ha publicado los resultados del estudio RESORCE, que demuestra que un fármaco oral, el regorafenib, mejora la supervivencia de pacientes con carcinoma hepatocelular cuando otras alternativas de tratamiento fallan.

Los resultados se presentaron el pasado Congreso Mundial de Cáncer Gastrointestinal (WCGIC), que tuvo lugar a finales de junio en Barcelona. Jordi Bruix, jefe de la Unidad de Oncología Hepática (conocida como BCLC, Barcelona Clinic Liver Cancer) del Hospital Clínic de Barcelona-IDIBAPS y director científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), ha coordinado este estudio en el que han participado 152 hospitales de 21 países de Europa, Asia y América.

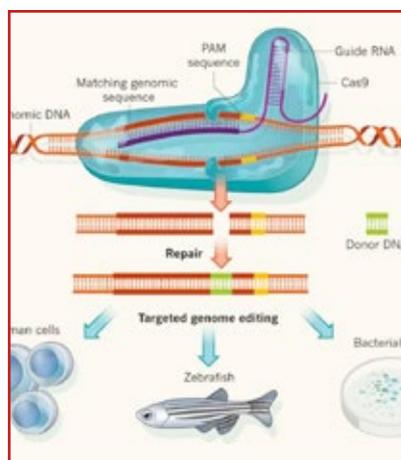
El carcinoma hepatocelular (HCC) es la forma más común de cáncer de hígado y representa entre el 70-85% de los tumores hepáticos malignos. Se trata del sexto tipo de cáncer más común en el mundo, se diagnostican 780.000 nuevos casos/año y es la tercera causa de muerte por cáncer. En la actualidad solo hay una opción de tratamiento sistémico aprobado para pacientes con HCC, sorafenib. Cuan-

do este fármaco falla y la enfermedad progresa, no hay opciones de tratamiento de segunda línea de eficacia probada para los pacientes.

En el estudio han participado 573 pacientes con carcinoma hepatocelular. Se les dividió aleatoriamente en dos grupos: 379 fueron tratados con regorafenib, además del mejor tratamiento de soporte disponible, y 194 recibieron placebo, además del mismo tratamiento de soporte. Los resultados demuestran que el tratamiento retrasa la progresión del cáncer, con una reducción del 38% del riesgo de muerte durante el periodo del estudio.

El regorafenib se trata de un fármaco seguro y bien tolerado por los pacientes (solo un 10% de los pacientes tuvieron que abandonar el estudio a causa de la toxicidad del tratamiento). Por tanto, se logra una mejoría muy significativa de la supervivencia de los pacientes.

“En los últimos 10 años ningún otro fármaco ha superado a sorafenib como tratamiento de primera línea y ningún otro ha obtenido resultados positivos como terapia de segunda línea frente a placebo. Por tanto, los resultados observados con regorafenib representan un avance muy relevante para los pacientes y ofrecen una opción terapéutica adicional”, señala Bruix, investigador principal del estudio RESORCE, así como del estudio de fase III SHARP, que hace casi 10 años demostró la eficacia de sorafenib en este tipo de tumor. “El futuro del tratamiento de este tipo de cáncer es la combinación de diferentes fármacos o la combinación con moduladores de la inmunidad”, concluye.



La técnica CRISPR de edición de ADN se prueba por primera vez en humanos

agenciainc.es

Un equipo chino de investigadores se ha convertido en el primero que ha inyectado a una persona células con genes modificados gracias a la revolucionaria técnica CRISPR-Cas9, una herramienta molecular utilizada para ‘editar’ o ‘corregir’ el genoma de cualquier célula.

El pasado 28 de octubre, un grupo dirigido por el oncólogo Lu You, de la Universidad de Sichuan, introdujo células modificadas con este método a un paciente con cáncer de pulmón agresivo como parte de un ensayo clínico desarrollado en el West China Hospital, en la ciudad de Chengdú (China).

Primero los investigadores retiraron células inmunitarias (linfocitos T) de la sangre del receptor, y después inhabilitaron en ellas un gen con la técnica CRISPR-Cas9, que combina una enzima que corta el ADN junto a una guía molecular que indica dónde seccionar.

En este caso el gen deshabilitado codifica la proteína PD-1 que frena la respuesta inmune de las células. De hecho, los cánceres se aprovechan de esa actividad negativa para proliferar.

Lo que hizo el equipo de Lu es cultivar las células ‘editadas’ aumentando su número e inyectándoselas de nuevo al paciente. La esperanza es que, sin las proteínas PD-1, las células corregidas puedan atacar mejor y derrotar al cáncer.

El principal objetivo de este ensayo, que recibió en julio la aprobación ética de la junta de revisión del hospital, es evaluar la seguridad de los linfocitos T modificados para eliminar las PD-1 en el tratamiento de un tipo de cáncer: el de pulmón metastásico de células no pequeñas. Además, se recogerán muestras de sangre para investigar la evolución del paciente.

Según ha explicado Lu a la revista Nature, de momento el tratamiento ha funcionado sin problemas. El voluntario recibirá una segunda inyección, aunque el científico se ha negado a ofrecer más detalles sobre este asunto por temas de confidencialidad.

El equipo chino planea tratar a un total de diez personas, que podrán recibir dos, tres o hasta cuatro inyecciones. Los científicos insisten en que se trata de un ensayo de seguridad, en el que los participantes serán monitorizados durante seis meses para determinar si las inyecciones están causando efectos adversos graves. También harán un seguimiento más allá de ese tiempo para comprobar si los participantes parecen beneficiarse del tratamiento que, en última instancia, es lo que se pretende.

En el mismo artículo de Nature, diversos expertos en CRISPR señalan que este avance de los científicos chinos probablemente acelere la carrera por conseguir células genéticamente modificadas en medicina clínica en todo el mundo. “Creo que esto va a desencadenar un ‘Sputnik 2.0’, un duelo biomédico creciente entre China y Estados Unidos; y esto es importante, ya que generalmente la competencia mejora el producto final”, comenta Carl June, especialista en inmunoterapia de la Universidad de Pensilvania (Filadelfia, EE UU).

June es el asesor científico de un ensayo estadounidense que plantea usar CRISPR a principios de 2017 para editar tres genes en el marco de un estudio enfocado a tratar diversos tipos de cáncer. También el año que viene, en marzo, otro grupo de

la Universidad de Pekín (China) confía en iniciar tres ensayos clínicos utilizando CRISPR para luchar contra cánceres de vejiga, próstata y renal. Estos ensayos todavía no están aprobados y necesitan financiación.

El término CRISPR-Cas9 corresponde a Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats (en español: Repeticiones Palindrómicas Cortas Agrupadas y Regularmente interespaciadas) seguido de las siglas de CRISPR associated system 9, un sistema de enzimas endonucleasas asociado a CRISPR.



Algunos pacientes sometidos a radioterapia presentan trastornos psicológicos durante el tratamiento

agenciasinc.es

Los pacientes con cáncer que reciben tratamiento de radioterapia suelen presentar síntomas de ansiedad al inicio, que van disminuyendo hasta que termina el proceso. Sin embargo, cuando se agravan, puede llegar a producirse un trastorno. Científicos de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y del Hospital Universitario de Basurto (Bilbao) han comprobado que el 16,5% de un centenar de pacientes padecían trastornos de ansiedad al inicio y también al final de la radioterapia.

Los investigadores realizaron un seguimiento de 103 hombres y mujeres del hospital vasco que se sometieron al tratamiento con fin curativo, no paliativo. Las entrevistas las realizaron antes de

empezar los ciclos terapéuticos, una semana después de haber terminado y un mes más tarde. En ellas evaluaron si en los participantes había indicios de ansiedad, depresión, trastornos de adaptación o suicidio.

Casi la mitad, un 46,6%, sufrió algún trastorno psicológico, y en el 17,5% del total de pacientes la enfermedad se mantuvo tanto al inicio como al final de la radioterapia. El trabajo, publicado en *Journal of Psychosomatic Research*, revela que el trastorno de ansiedad es el más común entre los pacientes, registrado al principio (en un 16,5% de los casos), al final (un 18,45%) y un mes más tarde (16,5%).

En cuanto a la depresión, sí disminuye entre el inicio (en un 6,8% de los casos) y un mes después de finalizar el tratamiento (3,9%), situándose en los niveles habituales de la población general. Algo similar ocurre con los trastornos de adaptación.

La idea de suicidio estuvo presente desde el inicio (en un 11,7% de los casos) hasta el fin de la radioterapia (7,8%), en valores superiores a la media española.

En aquellos pacientes que no llegaron a desarrollar un trastorno psicológico, “los síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional disminuyeron desde el comienzo de la radioterapia hasta que termina”, explica Juan Antonio Cruzado, investigador de la facultad de Psicología de la UCM y coautor del estudio.

Eso significa, según Cruzado que, al principio, el tratamiento supone para muchos pacientes mucha ansiedad, depresión y malestar emocional, que mejora hasta que termina el tratamiento.

Las mujeres presentaron más ansiedad, depresión y malestar emocional que los hombres. “Muchas mujeres que participan en el estudio padecen cáncer de mama y, con frecuencia, han recibido tratamientos adicionales de cirugía y quimioterapia cuyos efectos producen muchos síntomas que inciden sobre el estado de ánimo”, apunta el investigador.

En vista de estos resultados, los autores plantean la necesidad de evaluar y detectar a tiempo a las personas con vulnerabilidad psicológica. “Se les debe ofrecer las intervenciones que sean precisas para su tratamiento, puesto que el mero paso del tiempo no resuelve su trastorno”, advierte Cruzado.



Un tratamiento de desensibilización para alérgicos a la quimioterapia

elmundo.es

El alergólogo del Hospital Provincial de Castellón, Julián Borrás, ha presentado en un curso internacional celebrado en Barcelona dirigido a personal facultativo su experiencia en el tratamiento de pacientes alérgicos a la quimioterapia.

El Servicio de Alergología del Provincial de Castellón ha realizado unos 450 procedimientos de desensibilizaciones que han permitido que más de 70 pacientes de cáncer que han sufrido una grave reacción alérgica al tratamiento de quimioterapia prescrito por los oncólogos puedan continuar con dicha medicación, puesto que es la más efectiva.

Se recurre a la desensibilización cuando el especialista en oncología estima que no existe otra alternativa mejor para continuar con el tratamiento del paciente que el fármaco que ha provocado esa reacción, explica el doctor Borrás, quien destaca que las desensibilizaciones permiten, por tanto, que los pacientes puedan seguir con éxito el tratamiento.

La desensibilización se realiza cuando los pacientes muestran los síntomas propios de una alergia grave como urticaria, hinchazón, hipotensión o dolor abdominal a los pocos minutos de iniciar el tratamiento de quimioterapia.

En estos casos, el tratamiento se suspende inicialmente y, una vez que el alergólogo del centro ha comprobado que la causa de la reacción ha sido provocada por el fármaco suministrado y que no hay ninguna contraindicación desde el punto de vista alergológico, se procede a la desensibilización.

Este procedimiento consiste en suministrar al paciente por vía intravenosa la dosis terapéutica prescrita por el oncólogo en pequeñas cantidades que se van incrementando progresivamente para intentar conseguir una tolerancia al medicamento.

Durante este proceso, el paciente permanece vigilado estrechamente en todo momento por el alergólogo con el fin de detectar cualquier indicio de una reacción adversa. “En el caso de que aparezca una reacción, la tratamos adecuadamente hasta conseguir la administración de toda la dosis necesaria del fármaco, que en ocasiones resulta vital para el paciente”, manifestó el doctor Borrás.

La primera de las desensibilizaciones se realiza en la UCI cuando el paciente presenta un incremento del riesgo tras valorar el tipo de reacción previa y el resultado de las pruebas de alergia y las posibles enfermedades asociadas (cardíacas, respiratorias...), mientras que las siguientes, si no ha habido reacciones graves durante el procedimiento, se aplican en el Hospital de Día Oncológico con las mismas medidas de vigilancia y control por parte del alergólogo.



La nanohipertermia ablanda los tumores para mejorar el tratamiento

lainformacion.com

La resistencia mecánica de los tumores y el daño colateral de los tratamientos estándar a menudo dificultan los esfuerzos para combatir el cáncer, pero un equipo de investigadores del Centro Nacional de Investigación Científica (CNRS, por sus siglas en francés), del Instituto Nacional de la Salud y la Investigación Científica (INSERM, por sus siglas en francés), de la Universidad París Descartes y de la Universidad París Diderot, en Francia, ha ablandado con éxito tumores malignos calentándolos.

Este método, llamado nanohipertermia, hace que los tumores sean más vulnerables a los agentes terapéuticos. En primer lugar, se inyectan nanotubos de carbono (CNT) directamente en los tumores y, entonces, la irradiación con láser activa los nanotubos, mientras que el tejido sano circundante permanece intacto, como se detalla en un artículo sobre el trabajo publicado en 'Theranostics'.

Los investigadores están centrados cada vez más su atención sobre los factores

mecánicos que afectan el desarrollo del tumor. Los tumores se endurecen debido a la organización anormal de las fibras de colágeno y la matriz extracelular (ECM) que mantienen unidas las células del mismo tejido.

Además de ser un marcador de malignidad, este endurecimiento puede ayudar a las células cancerosas a proliferar y hacer metástasis. Además, la ECM forma una barrera física que limita penetrar en el tumor con agentes terapéuticos. Varios tratamientos intentan interrumpir la estructura de los tumores, pero son espadas de doble filo: como ECM es común a los tumores y los órganos sanos, degradarla hace tanto daño como bien.

Sin embargo, el equipo encontró una forma de evitar este problema en tumores de ratón. Después de ser inyectados directamente en los tumores, se activaron los CNT con luz infrarroja cercana. El láser sólo actúa sobre áreas de concentración de CNT, calentándolas.

Los investigadores controlaron la rigidez tumoral de forma no invasiva con elastografía por ultrasonido. En dos sesiones consecutivas con un día de intervalo, se expusieron los tumores a nanohipertermia o calentamiento localizado a 52 grados durante una duración de tres minutos.

Los tumores inicialmente se volvieron más rígidos antes de ablandarse gradualmente durante los diez días o más que siguieron el procedimiento. La nanohipertermia desnaturaliza localmente las fibras de colágeno y reduce la rigidez y el volumen de los tumores a largo plazo, además de interrumpir el microambiente tumoral y poder resultar eficaz como tratamiento adyuvante con quimioterapia.





A LA VANGUARDIA BRAQUITERAPIA ENDOBRONQUIAL

Pilar Fernández López | Yasmina Castillo Tortosa



En España se diagnostican aproximadamente 20.000 casos de **cáncer de pulmón** al año y se da más en hombres que en mujeres en relación de 9:1, representando el 20% de los tumores en hombres y el 3 % en mujeres. Unas 18.000 personas fallecen al año por cáncer de pulmón.

El cáncer de pulmón se considera el tumor maligno que más muertes produce en el mundo, por encima de otros cánceres con mayor incidencia en la población general, como el de colon o el de mama, ya que su detección en etapas tempranas es difícil, y en el 90% de los casos se diagnostica en estadios avanzados donde el tratamiento ya no es tan eficaz.

La mayoría de los casos se diagnostican a partir de los 65-70 años, aunque no es infrecuente detectarlos desde los 40 años en fumadores de inicio temprano al tabaco.

Dependiendo del tipo histológico y del **estadio TNM** en el que se encuentre el tumor, los tratamientos de elección serán la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia o braquiterapia.

La **braquiterapia endo-bronquial** con alta tasa de dosis es una técnica utilizada en el tratamiento del cáncer de pulmón y de otros tumores de la vía aérea localmente avanzado.

Intenciones de tratamiento:

- **Curativa:** tumores intrabronquiales inoperables y no irradiables (exclusiva), complementaria a la radioterapia (sobredosis) o recaídas endo-bronquiales exclusivas post-radioterapia (rescate).
- **Paliativa:** metástasis endo-bronquiales, recidivas post radioterapia u obstrucciones bronquiales intrínsecas sintomáticas.

Quedarán excluidos de tratamiento aquellos pacientes con gran componente extra-bronquial, grandes adenopatías, compresión bronquial extrínseca, lesiones de grandes vasos ulceradas o necrosadas, o aquellas a las que no llegue el catéter porta-fuentes.

La técnica consiste en la colocación de un aplicador intraluminal flexible (5F) por las fosas nasales, ayudados por un broncoscopio y controlado por escopia. Se realiza TAC para planificar el tratamiento.

Una vez realizada la dosimetría por parte del servicio de física, se traslada al búnker de HDR (High Dose Rate) para irradiar con Ir-192 el lecho tumoral o la zona con obstrucción bronquial tumoral.

El paciente acude de forma ambulatoria, una vez por semana. Recibirá tantas fracciones como sea necesario para completar la dosis prescrita por el oncólogo-radioterápico. Dependiendo de si el tratamiento es paliativo (2-3 fracciones de 7-8Gy) o curativo (6 fracciones de 5Gy).

En el equipo multidisciplinar participan: oncólogo-radioterapeuta, anestesista, neumólogo, enfermería y física.

En la consulta de enfermería, damos información sobre el proceso, aclaramos dudas o temores, y realizamos una valoración del paciente, ofreciendo apoyo emocional.

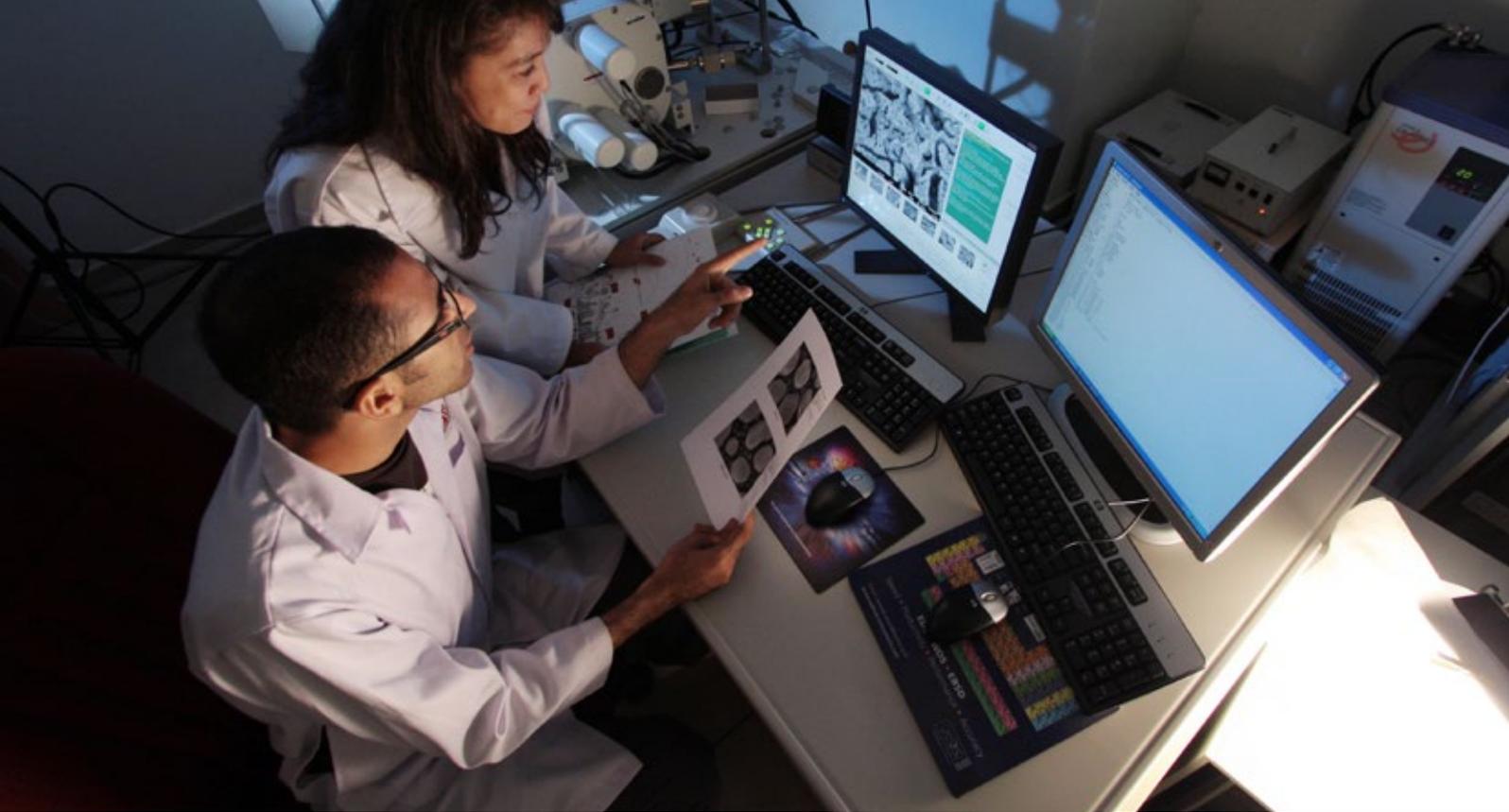
Al ingreso es fundamental planificar un plan de cuidados, manteniendo los cuidados básicos del paciente relacionados con la función respiratoria y estado anímico. De esta forma obtendremos una mayor colaboración.

En quirófano, el papel de enfermería se basa en asistir a los diferentes profesionales en quirófano y acompañar al paciente durante el proceso.

Al alta debemos informar de posibles efectos secundarios (hemoptisis, aumento de tos, disnea, secreciones...) y educación sanitaria: ejercicios respiratorios, hidratación oral e higiene bucal y cuidados/oxigenoterapia.

Es un tratamiento muy preciso y es conveniente realizarlo lo más rápido posible, ya que el paciente puede tener tos y se le podría mover o doblar el aplicador.

La braquiterapia minimiza los efectos secundarios de la radioterapia externa, ya que la radiación se administra directamente al tumor y los tejidos sanos circundantes no se exponen a niveles nocivos de radiación. Al ser pacientes con muy poca capacidad pulmonar esto no sería beneficioso.



ARTÍCULO

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ENFERMERA Y SU IMPACTO EN EL ÁMBITO DE LA PEDIATRÍA ONCOLÓGICA ENTRE 2010-2015

Jessica Medina García

Enfermera. Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Son Espases.
Palma de Mallorca, España.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El auge de la investigación enfermera crea la necesidad de realizar estudios bibliométricos que pongan de manifiesto las características e impacto que los estudios de enfermería tienen en su entorno.

OBJETIVO. Analizar la producción científica e impacto de las contribuciones publicadas por enfermeras en el ámbito de la pediatría oncológica durante los 5 últimos años.

METODOLOGÍA. Estudio bibliométrico. Criterios de inclusión: artículos relacionados con el tema publicados indexados en CUIDEN y Pubmed entre 2010-2015 que aporten algún tipo de resultados de inves-

tigación y que hubieran recibido algún tipo de evaluación por revisores pares. La búsqueda arrojó un total de 101 artículos, de los cuales se analizaron 58.

RESULTADOS. Un total de 65 instituciones distintas publicaron artículos de investigación sobre pediatría oncológica entre los cuales al menos un enfermero/a colaboró como autor/a. Las instituciones más productivas fueron la Universidad de São Paulo y Universidad Federal da Paraíba (n=5; 6,4%). Los países que más publicaron fueron Brasil (n=26; 42,62%) y EE.UU (n=17; 27,86%). La metodología más frecuente fueron los estudios cualitativos fenomenológicos (n=24; 41,4%), seguidos de los estudios trasversales (n=13;

22,4%) y los ensayos controlados aleatorios (n=10; 17,2%). Se han identificado 41 revistas diferentes, la más productiva Texto & Contexto Enfermagem. La media del factor de impacto de aquellas que tiene índice JCR (Journal Citation Report) fue de 1,774 y mediante el RIC (Repercusión Inmediata Cuiden) es de 1,458.

CONCLUSIONES. La visibilidad de las investigaciones de enfermeras pediátricas en oncología se hace evidente debido a la existencia de un número considerado de artículos publicados sobre el tema dirigidos y en colaboración con enfermeras. Las instituciones brasileñas y sus revistas son pioneras en la materia tanto a nivel iberoamericano como mundial.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es el grupo sanitario con mayor contacto con el paciente por lo que se encuentra en una posición privilegiada para acercarse al mundo del enfermo, su familia y los procesos que surgen en su interior, así como para explicarlos a otros.¹

Los cuidados de enfermería en oncología pretenden mejorar la calidad de vida del paciente y su enfrentamiento a una enfermedad, mediante la prevención o el alivio de sufrimiento, la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos, sociales, psicológicos y espirituales.²

La evaluación de la actividad científica a través de las publicaciones es una tendencia que permanece y se fortalece en el tiempo.^{3,4} El auge de la investigación enfermera crea la necesidad de realizar estudios bibliométricos que pongan de manifiesto las características e impacto que los estudios de enfermería tienen en su entorno. Esta evaluación se viene realizando teniendo en cuenta como criterio principal las publicaciones incluidas en los Journal Citation Reports (JCR), en donde la Enfermería, si bien actualmente está mejor representada que hace algunos años, aún se invisibiliza una parte im-

portante del conocimiento enfermero en general porque prioriza la investigación básica sobre la aplicada,^{5,6} y en particular de la investigación enfermera no anglosajona. Por este motivo, este estudio centra su análisis en dos bases de datos principales, Pubmed y Cuiden, intentado de esta manera una mayor representación de las publicaciones de enfermería.

OBJETIVO. Analizar la producción científica e impacto de las contribuciones publicadas por enfermeras en el ámbito de la pediatría oncológica durante los 5 últimos años.

METODOLOGÍA

Estudio bibliométrico. Criterios de inclusión: artículos relacionadas con el tema publicados por al menos un autor enfermero/a e indexados en CUIDEN y Pubmed entre 2010-2015 que aporten algún tipo de resultados de investigación y que hubieran recibido algún tipo de evaluación por revisores pares. Se excluyeron los ar-

tículos como editoriales y similares. Para la búsqueda se consideró las siguientes palabras clave “pediatrics AND oncology AND nursing” para Pubmed y sus homólogas en español en CUIDEN, la cual arrojó un total de 101 artículos, de los cuales 43 fueron excluidos. Finalmente, se incluyeron 58 artículos para su estudio. Variables

de estudio: instituciones, países, comunidades autónomas, idiomas, tipo de estudio, revistas de publicación, repercusión de las mismas mediante su correspondiente indicadores de impacto (Journal Citation Report -JCR- o Repercusión Inmediata Cuiden -RIC-), años de publicación y palabras clave.

RESULTADOS

Instituciones: Un total de 65 instituciones distintas publicaron artículos de investigación sobre pediatría oncológica entre los cuales al menos un enfermero/a colaboró como autor/a o coautor/a. Cabe mencionar que el recuento se realizó teniendo en cuenta la existencia de las diferentes colaboraciones entre instituciones dentro de un mismo artículo, por ejemplo 3 insti-

tuciones diferentes en un artículo. De esta manera se explica que haya 65 instituciones repartidas en 58 artículos analizados.

Las instituciones más productivas fueron la Universidad de São Paulo y Universidad Federal da Paraíba con 5 artículos publicados con una representación total del 6,4%, seguidas de Universidade Federal

do Estado do Rio de Janeiro y Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ambas con la misma producción (n=3; 3,8%), y Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (n=2; 2,6%). Las restantes 60 instituciones solo publicaron un artículo como se puede observar en la siguiente tabla (Tabla 1):

INSTITUCIÓN	N	%	INSTITUCIÓN	N	%
1 Universidade de São Paulo	5	6,4	6 Aichi University of Education	1	1,3
2 Universidade Federal da Paraíba	5	6,4	7 Applied Science Private University	1	1,3
3 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	3	3,8	8 Associação de Combate ao Câncer em Goiás	1	1,3
4 Universidade Federal do Rio Grande do Sul	3	3,8	9 CENCE	1	1,3
5 Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	2	2,6	10 Centro Universitário Franciscano	1	1,3

INSTITUCIÓN	N	%	INSTITUCIÓN	N	%
11 Children's National Health Systems	1	1,3	39 SONCUENF	1	1,3
12 Children's Hospital Boston	1	1,3	40 St. Jude Children's Research Hospital	1	1,3
13 Clínica Metropolitana de Bucaramanga	1	1,3	41 Tabriz University of Medical Sciences	1	1,3
14 Duke University	1	1,3	42 Tajen University	1	1,3
15 Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba	1	1,3	43 The Chinese University of Hong Kong	1	1,3
16 Faculdade de Medicina de Marília	1	1,3	44 Trakya University	1	1,3
17 Hospital de Câncer de Barretos	1	1,3	45 UCSF Medical Center	1	1,3
18 Hospital de Hematologia de Pernambuco	1	1,3	46 Universidad de Granada	1	1,3
19 Hospital Infantil Darcy Vargas	1	1,3	47 Universidad del Estado de Maringá	1	1,3
20 Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	1	1,3	48 Universidad del Estado de Río de Janeiro	1	1,3
21 Hospital Israelita Albert Einstein	1	1,3	49 Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre	1	1,3
22 Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves	1	1,3	50 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte	1	1,3
23 Hospital Roberto del Río	1	1,3	51 Universidade Estadual da Paraíba	1	1,3
24 Hospital Universitario Virgen Macarena	1	1,3	52 Universidade Federal de Campina Grande	1	1,3
25 Indiana University School of Nursing	1	1,3	53 Universidade Federal de São Carlos	1	1,3
26 INOR	1	1,3	54 Universidade Federal Fluminense	1	1,3
27 Instituto Nacional de Câncer	1	1,3	55 University of Colorado Anschutz Medical Campus	1	1,3
28 Kyungpook National University	1	1,3	56 University of Florida School of Nursing	1	1,3
29 Medical University of Lodz	1	1,3	57 University of Illinois at Chicago	1	1,3
30 National Cancer Institute of USA	1	1,3	58 University of Maryland	1	1,3
31 National Taipei University of Nursing and Health Sciences	1	1,3	59 University of Massachusetts School of Medicine	1	1,3
32 National University of Singapore	1	1,3	60 University of Sydney	1	1,3
33 Nationwide Children's Hospital	1	1,3	61 University of Tennessee	1	1,3
34 Oregon Health and Science University	1	1,3	62 University of Tokyo	1	1,3
35 Pontificia Universidad Católica de Chile	1	1,3	63 University of Utah	1	1,3
36 Regis University	1	1,3	64 Wayne State University and Hospice of Michigan Institute	1	1,3
37 Residencia para adultos mayores Mediterránea	1	1,3	65 Zonguldak Karaelmas University	1	1,3
38 Shahid Beheshti University of Medical Sciences	1	1,3	Total	78	100

Tabla 1. Instituciones más productivas en Enfermería Pediátrica Oncológica.

Países y Comunidades Autónomas de España: En un total de 16 países se encon-

traron las diferentes instituciones de los autores de los artículos analizados, los

cuales pueden verse representados en el siguiente mapa bibliométrico (Figura 1).

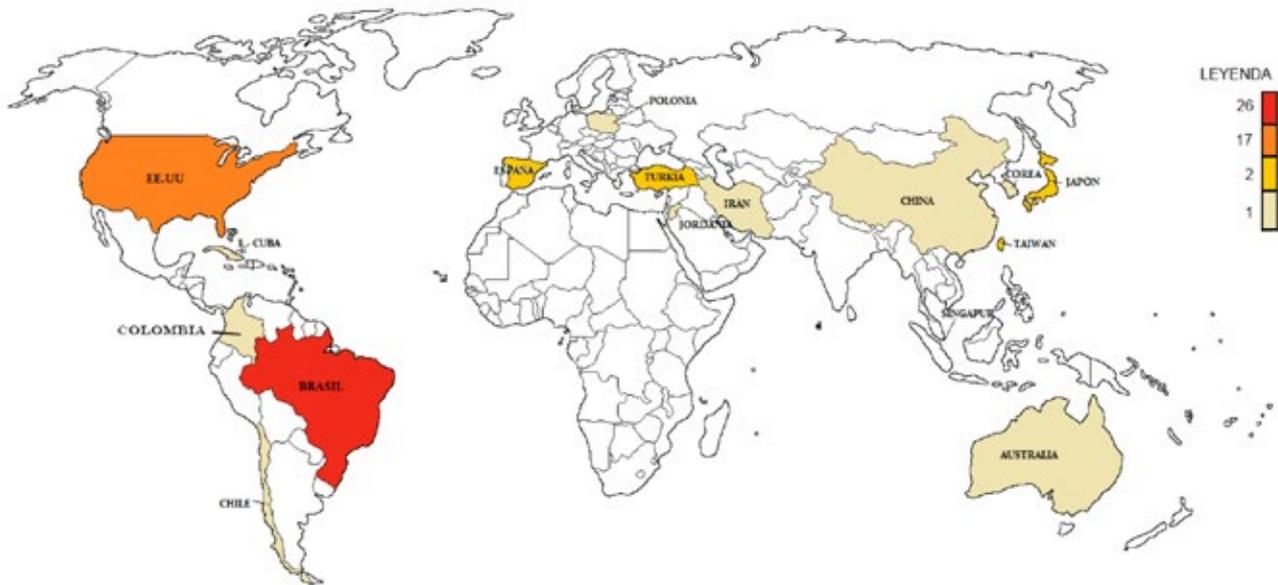


Figura 1. Mapa bibliométrico de la producción científica enfermera en oncología por países.

El país donde más enfermeras publicaron estudios de oncología pediátrica fue Brasil (n=26; 42,62%) y EE.UU (n=17; 27,86%), ambos representa el grueso de las publicaciones sobre este ámbito. Las aportaciones del resto de países es notablemente más reducida.

En el caso de España, se encuentra representada con un total de 2 artículos, cuyos autores pertenecen a instituciones de Sevilla y Granada.

Idioma: El idioma en el que más se publicó fue el inglés representando la mitad de las publicaciones (n=29;50%). El portugués ocupó aproximadamente dos cuartas partes (n=24;41,4%) y el castellano obtuvo 5 artículos y un porcentaje de 8,6%.

Tipo de estudio y/o metodología: El tipo de estudio más frecuente son los estudios cualitativos fenomenológicos (n=25; 43,1%), seguidos de los estudios trasversales (n=13; 22,4%) y los ensayos contro-

lados aleatorios (n=10; 17,2%). El resto de metodologías se pueden observar en la siguiente tabla (Tabla 2):

focada a los profesionales de enfermería, pues es la herramienta clave para aumentar su conocimiento en torno a este dolor y así optimizar el manejo del DIO en su práctica diaria.

Metodología	Frecuencia	Porcentaje
Investigación cualitativa / Estudio fenomenológico	24	43,1
Trasversal	13	22,4
ECA	10	17,2
Revisión bibliográfica	2	3,4
Validación de un cuestionario	2	3,4
Cuasiexperimental	1	1,7
Diseño de una aplicación móvil	1	1,7

Metodología	Frecuencia	Porcentaje
Estudio de cohortes prospectivo	1	1,7
Estudio de cohortes retrospectivo	1	1,7
Investigación cualitativa / Estudio etnográfico	1	1,7
Total	58	100,0

Tabla 2. Metodología más utilizada en los estudios de pediatría oncológica realizados por enfermeras.

Revistas: Se han identificado 41 revistas diferentes, la más productiva *Texto & Contexto Enfermagem* (n=5, 8,6%). La distribución en revista es la siguiente (Tabla 3):

	N	%		N	%
Texto Contexto Enfermagem	5	8,6	Healthc Inform Res	1	1,7
Ciência, Cuidado e Saúde	4	6,9	Hong Kong Med J	1	1,7
Pediatrics	3	5,2	Index Enferm	1	1,7
PLoS One	3	5,2	Iran J Nurs Midwifery Res	1	1,7
Acta Paul Enferm -Bra-	2	3,4	J Hematol Thromb	1	1,7
Asian Pac J Cancer Prev	2	3,4	Jpn J Clin Oncol	1	1,7
Esc. Anna Nery R. Enferm. -Bra-	2	3,4	Mod Pathol	1	1,7
Reme -Bra-	2	3,4	OBJN	1	1,7
Rev Esc Enferm USP -Bra-	2	3,4	Oncol Nurs Forum	1	1,7
Rev RENE	2	3,4	Pain Manag Nurs	1	1,7
Aquichán	1	1,7	Palliat Support Care	1	1,7
Biol Blood Marrow Transplant	1	1,7	Pediatr Blood Cancer	1	1,7
Br J Cancer	1	1,7	R. Enferm. UFSM	1	1,7
Cancer Nurs	1	1,7	REBEn	1	1,7
Clin Med Insights Pediatr	1	1,7	Rev Gaucha Enferm	1	1,7
Clin Nurs Res	1	1,7	Rev Latino-am Enfermagem -Bra-	1	1,7
Clin Oncol Adolesc Young Adults	1	1,7	Rev. Enferm UFPE On Line	1	1,7
Comput Inform Nurs	1	1,7	Revista Nursing -Bra-	1	1,7
Enferm Global -Esp-	1	1,7	ScientificWorldJournal	1	1,7
Enferm Oncológica	1	1,7	Trials	1	1,7
Glob J Health Sci	1	1,7	Total	58	100

Tabla 3. Revistas más productivas sobre enfermería pediátrica en oncología.

Repercusión mediante indicadores de impacto: 15 revistas fueron incluidas en el JCR en sus correspondientes años de publicación (2010-2015), representando así una media del factor de impacto JCR del 1,774. El número de las revistas con Repercusión Inmediata Cuiden fue de 11. La

media de este indicador RIC es de 1,458 teniendo en cuenta el año de publicación de cada artículo estudiado.

Años de publicación: La producción por años fue la siguiente: 2010 (n=2;5,2%), 2011 (n=6, 10,3%), 2012 (10, 17,2%), 2013 (n=13, 22,4%), 2014 (n=17,

29,3%) y 2015 (n=9, 15,5). Como se puede observar en la gráfica (Figura 2) hay un incremento progresivo de publicaciones relacionadas con la pediatría oncológica realizada por enfermeras a lo largo de los años, teniendo su máxima productividad en 2014.

El país donde más enfermeras publicaron estudios de oncología pediátrica fue Brasil (n=26; 42,62%) y EE.UU (n=17; 27,86%), ambos representa el grueso de las publicaciones sobre este ámbito. Las aportaciones del resto de países es notablemente más reducida.

En el caso de España, se encuentra representada con un total de 2 artículos, cuyos autores pertenecen a instituciones de Sevilla y Granada.

Idioma: El idioma en el que más se publicó fue el inglés representando la mitad de las publicaciones (n=29;50%). El portugués ocupó aproximadamente dos cuartas partes (n=24;41,4%) y el castellano obtuvo 5 artículos y un porcentaje de 8,6%.

Tipo de estudio y/o metodología: El tipo de estudio más frecuente son los estudios cualitativos fenomenológicos (n=25; 43,1%), seguidos de los estudios trasversales (n=13; 22,4%) y los ensayos controlados aleatorios (n=10; 17,2%). El resto de metodologías se pueden observar en la siguiente tabla (Tabla 2):

focada a los profesionales de enfermería,

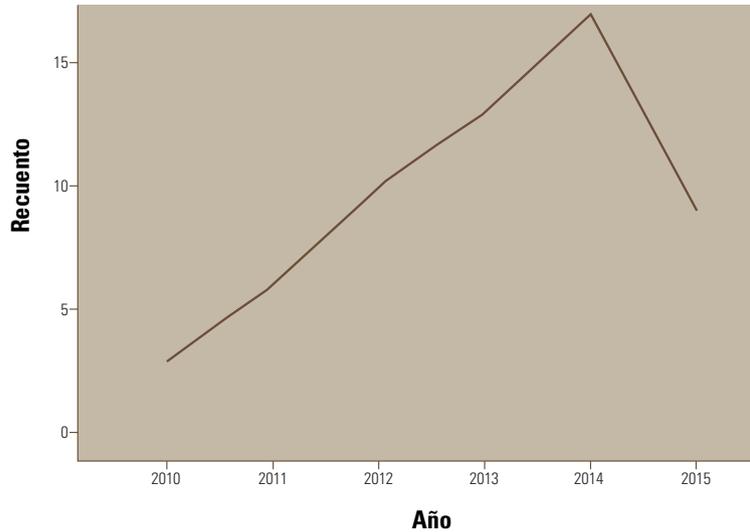


Figura 2.

Distribución por años de la producción de estudios relacionados con pediatría oncológica enfermera pues es la herramienta clave para aumentar su conocimiento en torno a este dolor y así optimizar el manejo del DIO en su práctica diaria.

Palabras clave: Las palabras clave nos pueden dar una orientación de los temas más tratados en los estudios analizados

(Figura 3). Destacan las siguientes palabras clave: salud infantil (n=19), enfermería pediátrica (n=15), enfermería oncológica (n=13), cuidados paliativos (n=10), cuidados de enfermería (n=8), calidad de vida (n=7), seguridad del paciente (n=3), humanización en salud (n=2).



Figura 3. Nube de palabras clave en español de los artículos analizados.

DISCUSIÓN

Como era de esperar los países más representados fueron Brasil y EEUU, coincidiendo con otros autores y sus estudios.⁶⁻⁹

La escasa representación del resto de países puede deberse a un sesgo de selección muestral, por lo que analizar las dos bases de datos más representativas para enfermería, una de ámbito internacional (Pubmed) y otra iberoamericana

(Cuiden) pueden resultar insuficientes para mostrar resultados concluyentes. No obstante, da información de las instituciones y países más sobresalientes en la publicación de artículos relacionados con enfermería pediatría oncológica.

Los estudios cualitativos son los más frecuentes, esta situación puede estar dada

por el carácter humanista de este tipo de investigación, a través de la cual los profesionales de enfermería no pretenden predecir el comportamiento ni identificar las causas de un fenómeno, sino que intentan comprender el cómo algo sucede, o un mayor entendimiento del porqué,¹ o “una visión holística, comprensiva y contextualizada de la realidad”.¹⁰

CONCLUSIONES

La visibilidad de las investigaciones de enfermeras pediátricas en oncología se hace evidente debido a la existencia de un número considerado de artículos publicados sobre pediatría oncológica dirigi-

dos y/o en colaboración con enfermeras. Las instituciones brasileñas y sus revistas son pioneras en la materia tanto a nivel iberoamericano como mundial. Se observa una alta calidad en los estudios según

la metodología estudiada, con una coexistencia entre artículos de investigación cualitativa y cuantitativa.

BIBLIOGRAFÍA

(1) de la Cuesta, C. Investigación Cualitativa y Enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2000; 7-8. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php> [Consultado el 28 de Enero de 2016]

(2) Silva, MM; Vidal, JM; Leite, JL; Silva, TP. Estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros na atenção à criança hospitalizada com câncer avançado e no cuidado de si. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2014. 13(3):471-478. Disponible en <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc-CuidSaude/article/view/19937/pdf_218> [Consultado el 15 Febrero 2016]

(3) Jiménez-Contreras, Evaristo; Robinson-García, Nicolás; Cabezas-Clavijo, Álvaro. Productividad e impacto de los investigadores españoles: umbrales de referencia por áreas científicas. *Rev. Esp. Doc. Cient*. 2011; 34(4): 505-526

(4) Martínez-Fuentes, J.; Meroño Gallut, A.J.; Ríos-

Díaz, J. El factor de impacto como criterio para la evaluación de la producción y la calidad científica. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2010; 13(1):29-36.

(5) Amezcua, Manuel. ¿Para qué sirve el Índice de Impacto de una revista? *Index de Enfermería*. 2010; 19(2-3):83-87. Disponible en: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/2301.php>> [Consultado el 9 de Febrero de 2016]

(6) Amezcua M., Gálvez Toro A., Cuesta de la Rosa R., Heierle Valero C., Poyatos Huertas E. La pequeña ciencia. Producción, repercusión y transferencia del conocimiento. La enfermería del área lingüística del español y del portugués. *PI 03/0945*. Biblioteca Lascasas. 2006; 2(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0139.php>> [Consultado el 6 de Febrero de 2016]

(7) Merino Santos, Tatiana; Cabrera Rodríguez, José Manuel. Mapa bibliométrico de Iberoamérica: Distribución de la producción científica de enfermería en el entorno CUIDEN. *Rev Paraninfo*

Digital. 2012;16. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n16/213o.php>> [Consultado el 1 de Enero de 2016].

(8) Medina García, J; Martínez Casas, JM, Reina Leal, LM. La comunicación científica de la investigación cualitativa en la Enfermería Iberoamericana incluida en CUIDEN, en el año 2012. *Paraninfo Digital*. 2014. 8(20). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/196.php>

(9) Amezcua M, Carricondo Guirao A. Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2000; 28-29. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_26-34.php> [Consultado el 8 de Enero de 2016]

(10) Amezcua, Manuel; Hernández Zambrano, Sandra Milena. Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para una ciencia aplicada. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3):675-83

PROYECTO RECaN: Reconociendo el valor de la Enfermería Oncológica Europea

La enfermería oncológica en algunos países se encuentra reconocida y bien desarrollada, pero existen diferencias con algunos países miembros donde las circunstancias son diferentes y hay poco reconocimiento de su valor. Una nueva iniciativa ambiciosa está tratando de mejorar la situación de la especialidad oncológica europea.

La situación en Europa es irregular, con algunos países que reconocen el papel fundamental que desempeñan las enfermeras en la mejora de la calidad de la atención y los resultados para los pacientes, mientras que otros simplemente no lo hacen. Esta es una situación que la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica, EONS, está tratando de abordar. Su proyecto RECaN, Reconociendo el Valor de la Enfermería Oncológica, tiene como objetivo poner de relieve el papel fundamental de la enfermería en el tratamiento del cáncer, mejorar el reconocimiento del valor de las enfermeras de oncología donde quiera que estén trabajando en Europa. Este proyecto trata de establecer los beneficios de tener bien calificado, bien entrenadas, reconocidas y valoradas a las enfermeras que trabajan con pacientes oncológicos. El proyecto nació el 7 de marzo de 2016, en el Congreso de la Organización Europea de Cáncer (ECCO) donde esto se vio como una prioridad y la progresión del reconocimiento no llegará a la velocidad con la que se desearía, pero es un comienzo real.

Existe evidencia a partir de estudios científicos que han puesto de manifiesto que las enfermeras especialistas y altamente capacitadas tienen un impacto positivo en los resultados de salud y en la experiencia del paciente. Sin embargo, esta información no está llegando a los políti-



cos y/o personas responsables, al menos de forma consistente. El desarrollo de este proyecto ayudará a ello y a que exista posibilidad de cambios que lo propicien.

EONS se ha implicado en el desarrollo de este proyecto que consta de tres fases y cuyo objetivo, como hemos comentado, es detectar el papel clave de la enfermería en el tratamiento del cáncer.

La primera fase, que ya está en marcha, es una revisión sistemática donde se evidenciarán los beneficios que la enfermería oncológica aporta a las personas con diagnóstico de cáncer.

La segunda fase consistirá en un estudio multicéntrico de casos que se desarrollará en cuatro países donde existen diferentes niveles de reconocimiento de la enfermería oncológica. La tercera fase implicará la difusión de la información a todos los países europeos. Las conclusiones de los estudios realizados en las anteriores fases se elevarán a organismos políticos gubernamentales y a aquellos organismos con implicación política europea como el Parlamento Europeo. La información y conclusiones también se difundirán y compartirá a través de eventos y reuniones científicas con el fin de crear conciencia entre los políticos y profesionales de la salud de todo el continente.

LA PRIMERA FASE

La revisión sistemática está siendo llevada a cabo por el Grupo de Trabajo de Investigación de la EONS y está dirigido por Dra. Mary Wells, presidente y miembro del Grupo de Investigación y profesora de la Universidad de Stirling. <http://www.cancernurse.eu/research/recan.html>

El objetivo principal es identificar y evaluar la evidencia sobre el valor y el impacto de la enfermería oncológica en la experiencia y los resultados del paciente. Se están llevando búsquedas en diez bases de datos de todos los ensayos controlados aleatorios y no aleatorios que comparan las intervenciones dirigidas por enfermeras oncológicas. Parte de la revisión expone que con sus intervenciones las enfermeras clínicas demuestran consistentemente el valor de la especialización, y que sus intervenciones son tan eficaces como las médicas y que influyen sobre todo en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Aunque puede haber dificultades con los trabajos de investigación al tener poca información en relación a si la atención se da por enfermeras generalistas o por enfermeras especializadas o de práctica avanzada, esto puede ser beneficioso al poner de relieve si existen diferencias en los resultados y el nivel de educación o especialización.

Se espera que el proyecto RECaN tenga un impacto real en la enfermería oncológica europea si consigue llegar a los actores políticos. Si la UE puede ver el valor de la enfermería oncológica y son conscientes de que una enfermera oncológica, una enfermera especialista, es más eficaz y eficiente y sobre todo, más segura para la atención de pacientes con cáncer. RECaN será el primer paso útil, con evidencia científica, que ayude a la enfermería oncológica a alcanzar el progreso y reconocimiento que merece.



EUROPEAN JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING

En este primer volumen del año destacamos tres artículos. El primero es un estudio observacional acerca de las preocupaciones emocionales de adolescentes, adultos jóvenes y familiares a la hora de recibir un diagnóstico de cáncer. Se grabaron nueve consultas con pacientes y el análisis de contenido reveló que los pacientes y los miembros de la familia expresaron una amplia gama de preocupaciones emocionales. Se identificaron cuatro temas de preocupación: efectos secundarios y tardíos, qué sucede en un futuro próximo, miedo y tristeza. Los proveedores de atención sanitaria tendían a

responder al contenido de las preocupaciones, pero rara vez reconocían explícitamente el aspecto afectivo de las preocupaciones. El efecto de las respuestas a las inquietudes emocionales de los pacientes en las primeras consultas importantes sobre el diagnóstico de cáncer y el tratamiento planificado debe ser investigado en futuros estudios.

Otro de los artículos nos muestra la efectividad de una intervención de relajación (relajación muscular progresiva y técnicas de imágenes guiadas) para reducir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo de los padres de los niños hospitalizados con tumores malignos en un ensayo controlado aleatorio en la República de Chipre y Grecia. Se realizó un ensayo de control aleatorio entre abril de 2012 y octubre de 2013 en dos hospitales públicos de pediatría. Cincuenta y cuatro padres fueron elegidos aleatoriamente, 29 para la intervención y un grupo control de 25. El estudio evaluó los cambios en los niveles de ansiedad y cambios de humor y hubo una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones medias de los sujetos del grupo de intervención en comparación con el grupo control. Además, los padres del grupo de intervención presentaron significativamente menos tristeza después de la intervención, y se sintieron significativamente menos tensos y con menos ansiedad en comparación

con los del grupo control. Estos resultados proporcionan evidencia sobre el efecto positivo de la combinación de PMR y GI en la reducción de la ansiedad y la mejora de estados de ánimo en los padres de los niños con cáncer.

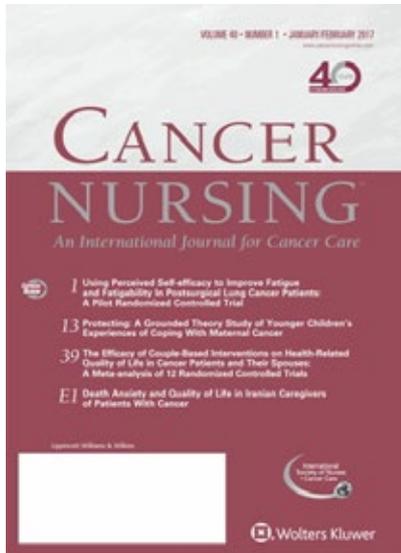
Por último, un estudio focal sobre las experiencias de supervivientes de leucemia infantil en el seguimiento a largo plazo en una clínica endocrina. Muchos supervivientes de cáncer infantil sufren de complicaciones tardías debido a radioterapia y quimioterapia. Los supervivientes de la leucemia linfoblástica aguda (ALL), tratados con radioterapia craneal, tienen un riesgo particularmente alto de tener complicaciones endocrinas. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas de grupos focales y se incluyeron quince supervivientes divididos en 4 grupos. Los datos se analizaron con análisis de contenido cualitativo convencional. Muchos supervivientes experimentaron su vida cotidiana como una lucha y como un asunto complicado al que hacer frente. El tema "comprensión y apoyo para manejar la vida cotidiana" refleja cómo los supervivientes necesitan conocimientos y apoyo para poder entender y comprender su compleja situación después de sobrevivir a la leucemia. Ofrecer comprensión y apoyo con un enfoque holístico puede ser una manera de fortalecer la salud de los supervivientes.



SUPPLEMENT. FEBRUARY 2017. LYMPHOMA

Este mes de Febrero la CJON también ha sacado un suplemento acerca del Linfoma. Las múltiples opciones de tratamiento, combinadas con la heterogeneidad de la enfermedad, han creado retos de enfermería en el manejo de eventos adversos durante el tratamiento. Las pruebas revelaron que menos de la mitad de las enfermeras participantes clasificaron correctamente la neuropatía periférica y la neutropenia relacionadas con los regí-

menes de terapia antilinfoma. Este suplemento de la Revista Clínica de Enfermería Oncológica muestra cómo las enfermeras en oncología pueden cultivar habilidades de pensamiento crítico, practicar críticamente en relación con los miembros del equipo y los pacientes, aprovechar la información y administrar el flujo de trabajo para permitir más oportunidades de pensamiento crítico.



CANCER NURSING JAN – FEB 17

En la portada destacamos cuatro artículos. Uno nos habla de un ensayo experimental controlado aleatorizado sobre el uso de la autoeficacia percibida para mejorar la fatiga en pacientes con cáncer de pulmón postquirúrgico. El ejercicio ha demostrado ser eficaz en la reducción de la fatiga, sin embargo, las intervenciones son limitadas para pacientes con CPNM postquirúrgico. Aunque hasta la fecha la cirugía se ofrece como un tratamiento curativo estándar para NSCLC, no existen directrices formales para la rehabilitación postquirúrgica. Se utilizó un ensayo controlado aleatorio de 2 brazos para examinar el impacto de una intervención de ejercicio de rehabilitación de 6 semanas en 37 participantes de NSCLC en comparación con 35 participantes del grupo de control que recibieron la atención habitual desde el diagnóstico hasta el alta hospitalaria postquirúrgica de 6 semanas. Los participantes tenían una edad media de

67 años y una media de 8 condiciones comórbidas. La intervención de ejercicio de 6 semanas demostró eficacia preliminar en la reducción significativa de la gravedad de la fatiga relacionada con el cáncer en comparación con la atención habitual. Asimismo, el desempeño funcional del grupo de ejercicios (puntajes de salud física y mental) superó la atención habitual y además, no se informaron eventos adversos.

Otro de los artículos nos habla de un estudio sobre las experiencias de los niños más pequeños para lidiar con el cáncer materno de pacientes en tratamiento. La comprensión de las experiencias de los niños proporcionará información adicional sobre las capacidades de supervivencia de los niños. Los datos fueron recogidos a través de 28 entrevistas con niños de 7 a 11 años de edad cuyas madres habían sido diagnosticadas con cáncer de mama en etapa temprana durante los 4 meses anteriores. La protección fue la principal preocupación de los niños durante el diagnóstico y la fase de tratamiento de sus madres. Los hallazgos proporcionan un mecanismo para entender cómo la pérdida percibida de la madre planteó preocupaciones para los niños y resultó en la adaptación de roles y responsabilidades y un período de interrupción biográfica. Esta comprensión podría servir como un catalizador para la manera en que nos relacionamos con los niños y nos involucramos con los padres para mejorar las estrategias de afrontamiento de los niños durante un diagnóstico de cáncer materno.

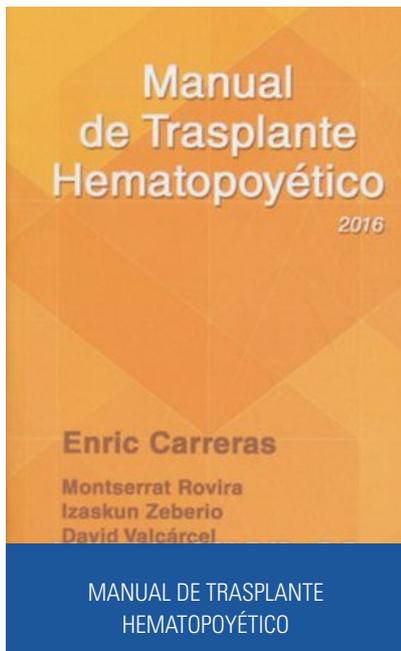
Otro artículo nos habla de la eficacia de las intervenciones de pareja en la calidad de vida relacionada con la salud en los

pacientes con cáncer y sus cónyuges con un meta-análisis de 12 ensayos controlados aleatorios. En comparación con los grupos de control, las diferencias de medias ponderadas de depresión, ansiedad y satisfacción marital mejoraron significativamente en los grupos de intervención. Sin embargo, las mejoras en las medidas de salud física y desesperanza no fueron significativas. Dado el escaso número de estudios utilizados en este análisis, los resultados deben considerarse preliminares e interpretados con cautela.

Por último un estudio cuyo objetivo fue examinar las relaciones entre los factores sociodemográficos y relacionados con el paciente, el apoyo social y la religiosidad con la ansiedad por la muerte y la calidad de vida en los cuidadores familiares del cáncer iraní. Participaron 350 cuidadores de un instituto oncológico regional en Irán. Los cuidadores informaron de niveles moderados de ansiedad sobre la muerte y disminución de la calidad de vida. La calidad de vida se asoció inversamente con la ansiedad por la muerte. Las cuidadoras de sexo femenino que eran hijas tenían mayor ansiedad por la muerte, mientras que los cuidadores masculinos que eran hijos reportaron una mayor calidad de vida. La ansiedad por la muerte está asociada con una baja calidad de vida en los cuidadores familiares iraníes. Las responsabilidades de cuidado, sumadas a los retos asociados con la vida personal, familiar y profesional, afectan múltiples aspectos de la calidad de vida. A medida que las enfermeras cuidan cada vez más a pacientes de diversos orígenes, se hace más imperativo que se necesite apoyo para cuidadores familiares que promueva la adaptación psicológica y la calidad de vida.



NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS



AUTORES: Carreras, E. - Rovira, M. - Zeberio, I. - Valcárcel, D.

EDITORIAL: Antares

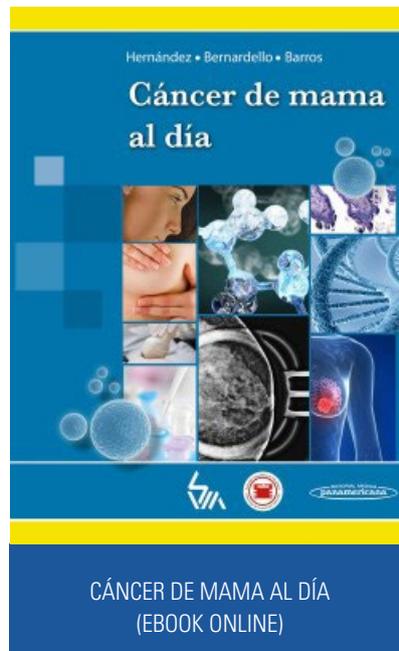
AÑO DE PUBLICACIÓN: 2016

ISBN: 9788488825216

El trasplante hemopoyético (TPH) es una terapéutica empleada cada vez con mayor frecuencia en el tratamiento de diversas enfermedades. La gran diversidad de indicaciones, métodos de manipulación y fuentes de obtención de progenitores han hecho que, en el procedimiento, participen profesionales de diversas especialidades que disponen de una amplia bibliografía relativa a los diferentes aspectos de dicho tratamiento en los que están involucrados, pero de forma aislada.

Este manual, editado por la Editorial Antares (Ediciones Escofet Zamora) Está diseñado en formato de tablas, para facilitar su lectura y permitir la rápida localización y consulta de aspectos fundamentales, a pie de cama, a todos los médicos implicados en el proceso. Su primera edición fue en 1998 y dada la excelente acogida entre los diferentes especialistas interesados en el TPH, se ha reeditado de forma regular. Como en la anterior edición, en esta quinta, se ha revisado y actualizado toda la información de los diferentes capítulos del libro.

Este manual puede adquirirse en la Editorial Antares (Ediciones Escofet Zamora), en librerías médicas y, a partir de enero de 2017, se podrá descargar gratuitamente a través de las plataformas móviles Google Play y Itunes.



AUTORES: Gerardo Antonio Hernández Muñoz / Edgardo T. Bernardello / Alfredo Carlos S. D. Barros

EDITORIAL: PANAMERICANA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2016

EAN: 9789806908482

Cáncer de Mama al Día, es una obra escrita por médicos especialistas de distintos países pero con un problema común –la población con cáncer de mama– y con una meta también común –prevenir, diagnósticos tempranos, tratamientos menos cruentos y de igual efectividad–. Los contenidos se han dispuesto en varias secciones de fácil acceso, con un gran enfoque pedagógico que ayudará a cerrar la brecha existente en el diagnóstico y tratamiento del cáncer en nuestro continente.

Este libro representa un clásico de la medicina en la comprensión de la biología del cáncer de mama, su diagnóstico y tratamiento. Los autores han mostrado su filosofía en la forma en que el cáncer de mama debe ser abordado, y han organizado el libro con el especialista en cáncer de mama en mente.



AUTOR: editado por ADIO

EDITORIAL: ELSEVIER

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2016

ISBN: 13 9788491130284

La segunda edición del Manual de tratamiento de soporte en el paciente oncológico basado en la evidencia se presenta con un formato muy manejable en el que se recogen todas las novedades del tratamiento de soporte del paciente oncológico.

En esta obra, se adjudican niveles de evidencia y grados de recomendación al contenido para que el lector obtenga una rápida impresión y la certeza de cada uno de los tratamientos y las estrategias expuestos.

El manual se actualiza cada dos años y cuenta con los avales de la Sociedad Europea de Oncología Médica y la Sociedad Española de Oncología Médica.

En esta edición participan expertos de diferentes países, lo que hace que sea una obra de referencia internacional en lo que se refiere al tratamiento de soporte del paciente oncológico.

El Manual de tratamiento de soporte en el paciente oncológico basado en la evidencia supone una ayuda fundamental para todos aquellos profesionales relacionados con el paciente oncológico y su cuidado.



AGENDA CONGRESOS Y JORNADAS

Juan Manuel Gavala



X Congreso Nacional de FAECAP, I Congreso de ACAMEC y VII Encuentro Nacional de EIR y de Tutores

Enlace: goo.gl/50wGAj
Fecha: Del 30 de marzo al 1 de abril de 2017
Lugar: Toledo



XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

Enlace: goo.gl/HMY5nJ
Fecha: Del 5 al 7 de abril de 2017
Lugar: Auditorio y Centro de Congresos "Victor Villegas", Murcia



Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AECC)

Enlace: goo.gl/I6L6V1
Fecha: Del 3 al 5 de mayo de 2017
Lugar: Universidad de Barcelona (Edificio histórico)



IV Congreso Internacional Iberoamericano de Enfermería

Enlace: goo.gl/OIGv9m
Fecha: Del 10 al 12 de mayo de 2017
Lugar: Cancún (México)



XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia de la Enfermería

Enlace: goo.gl/RiRF1N
Fecha: Del 4 al 6 de mayo de 2017
Lugar: Salamanca



XVIII Congreso Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Enlace: goo.gl/VK9gYs
Fecha: 19 y 20 de mayo de 2017
Lugar: Málaga



XXVI Congreso del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)

Enlace: goo.gl/GR71ad
Fecha: Del 27 de mayo al 1 de junio de 2017
Lugar: Barcelona



6º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía

Enlace: goo.gl/9B6V48
Fecha: Del 31 de mayo al 2 de junio de 2017
Lugar: Hacienda Nadales, Málaga



XXIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEEG) y IX Jornada para Auxiliares gerocultores y cuidadores.

Enlace: goo.gl/ITMvdP
Fecha: Del 30 al 31 de marzo de 2017
Lugar: Alicante



XV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia A.E.E.T.O. 2017.

Enlace: goo.gl/7Qdp5R
Fecha: Del 26 al 28 de abril de 2017
Lugar: Valladolid



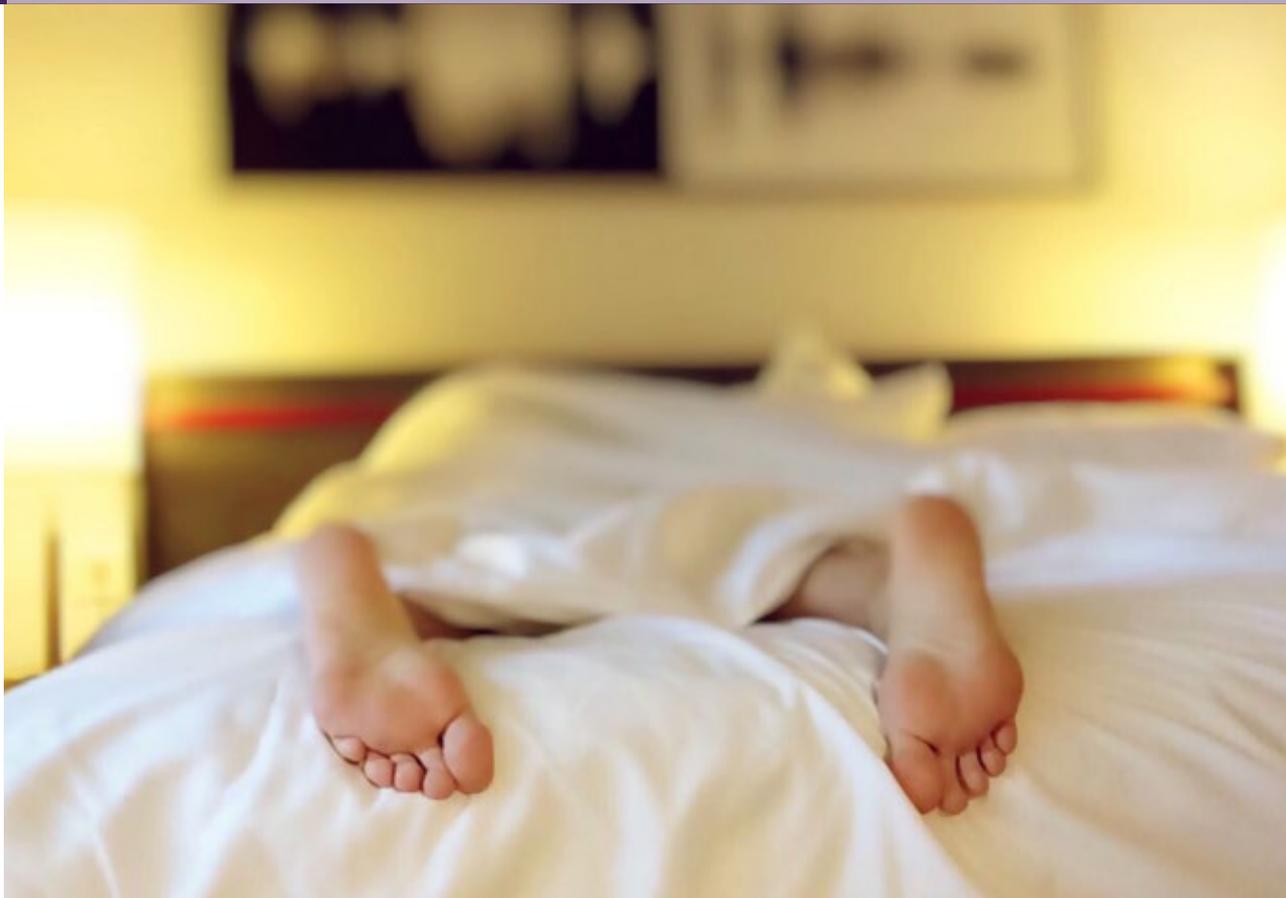
Congreso Internacional AENTDE / ACENDIO. 11º Simposium Internacional de AENTDE. 11º Congreso Europeo de ACENDIO

Enlace: goo.gl/5TakhN
Fecha: Del 23 al 25 de Marzo de 2017
Lugar: Valencia



XVI Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Enlace: goo.gl/WLs3Hb
Fecha: Del 17 al 20 de Mayo de 2017
Lugar: Valencia



Marga se levanta intentando dibujarse una sonrisa con un café y se dirige a la habitación donde está durmiendo su hija. La despierta con un beso, la abraza y le canta una canción, antes de llegar al estribillo su hija se ha sumado a la melodía. Es la forma que utiliza para compensar levantar a su hija tan temprano, debe llevarla a casa de la abuela antes de ir a trabajar.

Rosa intenta levantarse pero no puede. El despertador ha sonado de nuevo, sabe que ya llega tarde. Hace otro intento y maldice su dolorido cuerpo. Cómo comprende a sus pacientes. El dolor, cómo invalida el dolor. Consigue levantarse va a la cocina y busca sus píldoras. Aguantará la mañana, la tarde.... cuesta arriba. Cada vez se le hace más dura la jornada y el correr por los pasillos. La unidad de oncología es su vida pero está pensando en cambiar de servicio, no puede seguir el ritmo.

Suena el despertador de Alejandra, justo ahora que se acababa de dormir!!! Menuda noche, no ha podido dejar de pensar en Oscar, su novio. Bueno, su ex novio porque ayer cuando salía del hospital decidí ir a comer con él y darle una sorpresa y, como vemos a veces en las películas, lo encontró "comiendo" con otra. Tiene el alma rota pero sabe que sus pacientes la esperan. Un café y maquillaje harán el milagro.

A Elena le despierta el aroma de pan tostado, su hijo entra en la habitación y le increpa "Despierta dormilona, papá ya tiene el desayuno preparado. Venga que no quiero llegar tarde al insti". Elena sonríe, en esto se cambian los papeles.

Clara ya ha terminado su primera "jornada". Ha pasado por casa de sus padres. Ha ayudado a su madre con la higiene de su padre enfermo, le han cambiado las sábanas y le ha ayudado con el desayuno. "En cuanto salga del hospital paso, si me preparas cualquier cosa para comer como algo y lo sacamos con la silla de ruedas a dar una vuelta. Hoy hace bueno".

Hay tantos mundos como personas y cada persona tiene su mundo y crea su espacio, su escenario de vida, y le damos sentido a la realidad en función de nuestra propia experiencia, de nuestros miedos, de nuestros intereses. Pero no existe el mundo. Existe tu mundo, mi mundo y vivimos en realidades distintas, interpretando lo que nos ocurre de formas diferentes porque cada persona es un mundo...

Marga, Rosa, Alejandra, Elena, Clara.... se encontrarán en los vestuarios y aparcarán sus mundos. Cuando entran por la puerta son enfermeras y su mundo ya es otro. Es el mundo de los pacientes y ya sabemos... cada paciente es un mundo.

¡¡ASÓCÍATE!!

a la Sociedad Española de Enfermería Oncológica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

¿Por qué?

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

¿Qué te proporciona la SEEO?

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

Sociedad Española de Enfermería Oncológica
www.seeo.org



Boletín de Suscripción

Nombre y Apellidos _____

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

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____ País _____

Servicio y Centro de Trabajo _____

Forma de pago

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

Banco/C.A. _____

Nº de cuenta:

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____

NOMBRE DEL TITULAR _____

Firma

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

Estimular la mejora continua de la calidad de la práctica asistencial.

Reflejar los avances de la especialidad en cualquiera de sus áreas de influencia.

Reivindicar el reconocimiento de la especialización en Enfermería Oncológica.

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTABLES

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

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

El texto del manuscrito deberá ajustarse a un máximo de 10 páginas. Las tablas, gráficos, cuadros o imágenes se enviarán aparte del texto debiendo estar numeradas y acotadas según el orden de aparición en el texto y contenido, 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 enfermeros 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. PAGINA 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 destacadas.

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 apar-

tado 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:

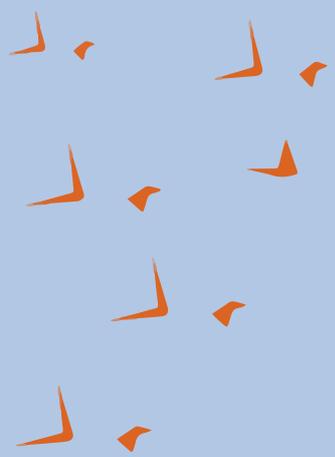
En versión papel a:

Revista "Enfermería Oncológica",
Apartado de Correos 21059,
28080 Madrid.

En versión electrónica a:

www.seeo.org

+ Contactar > Publicaciones Revista SEEO



VALENCIA

XVI CONGRESO SEEO

17 AL 20 DE MAYO
2017

INNOVANDO EN CUIDADOS

LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN EL EJE DEL CAMBIO



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

www.seeo.org