



Vol. 16 - N°1. Febrero 2014

enfermería oncológica

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

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA





hoy es Lunes, 10 de febrero de 2014

Premio al mejor trabajo
Audiovisual XI Congreso
nacional de Enfermería
Oncológica

● [Click aquí](#)

IV edición
BECA DE INVESTIGACIÓN
EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
PATROCINADA POR HOSPIRA



vea
nuestro
anuncio



Manual de Actividades
SEEO



[Ver documento](#)



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
PLATAFORMA E-LEARNING
Fórmate con nosotros
<http://cursos.seeo.org>

CALIDAD
EL CAMINO HACIA LA
EXCELENCIA
Consulta toda la información
en la Web Oficial
TOLEDO
JORNADAS DE
ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA
8-9
MAYO
2014

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org
XIV Congreso Nacional SEEO
Premios Comunicaciones y Póster
Zaragoza
8-11 de mayo
2013

HIGHLIGHTS
XIV Congreso Nacional SEEO

Ahora disponibles en Audiovisuales
[Entrar aquí](#)

Zaragoza
8-11 de mayo
2013

Consulta las últimas noticias

Ahora te proporcionamos las
noticias más relevantes

[ENTRAR >>](#)

HIGHLIGHTS
Jornadas de Enfermería Oncológica 2012

Ahora disponibles en Audiovisuales
[Entrar aquí](#)



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

Indexada en la base de datos de CIBERINDEX.

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

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

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

sumario



EDITORIAL. **4** • ORGANIZACIÓN, GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y MEDIDAS DE CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE DÍA ONCOLÓGICOS EN ESPAÑA. **5** • ENTREVISTA A MARI NOR SÁNCHEZ FRESNEDA. **15** • CARACTERIZACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON CÁNCER HOSPITALIZADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA. **18** • NUESTROS COMPAÑEROS DE... **30** • PÍLDORAS COLECCIONABLES. **31** • BREVES. **32** • FICHAS QUIMIOTERAPIA. **33** • NOTICIAS DE EUROPA. **35** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **37** • AGENDA, CONGRESOS Y JORNADAS. **38** • A LA VANGUARDIA. **39** ¿SABÍAS QUE...? **41** • RELATO. **43** • NORMAS DE PUBLICACIÓN. **46**



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



Antonio Zamudio.

Editorial



Mucho ha sido el camino recorrido, en poco tiempo, por esta profesión en esta especialidad. Hemos conocido diferentes sistemas sanitarios, participado de diferentes modelos de atención. De una asistencia tradicional hemos saltado a una atención que convierte al paciente en el eje del sistema. De tener en la asistencia al paciente, una participación mayoritariamente colaborativa, a ejercer nuestra atención con mayor autonomía y un preponderante razonamiento clínico.

Hemos vivido años de crecimiento vertiginoso, adaptando de forma magistral la atención y nuestros cuidados a la demanda de una sociedad más exigente y exquisita en todos los aspectos. Años difíciles, de escasez de recursos, recortes, crisis, elementos que llevan al desaliento y la desmotivación, pero que nuestra profesión ha convertido en mejoras asistenciales.

Nuestra práctica asistencial diaria se ha visto impregnada de elementos como la formación (presencial y on-line), informatización, investigación, dispositivos de seguridad clínica, las TICS... Aspectos todos, que hemos incorporado de forma brillante a nuestra práctica clínica, para mejorar la atención integral que se brinda en nuestras unidades, con una visión del proceso de enfermedad que abarca todas las fases; la prevención, el tratamiento, la supervivencia y los cuidados paliativos.

Ensamblar todo el proceso de cambio continuo, adaptar de forma camaleónica a nuestra práctica asistencial dichos elementos, en una profesión compleja, en atención constante a las respuestas humanas de pacientes y familiares que sufren una enfermedad con un impacto enorme en diferentes áreas de su vida. Requiere de un compromiso titánico para con nuestra profesión.

Camino cuyos pasos guían los excelentes profesionales de enfermería en nuestras diferentes unidades de oncología, y que está marcado con un acento constante, de [calidad](#). 



ORGANIZACIÓN, GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y MEDIDAS DE CALIDAD en los Hospitales de día oncológicos en España

ORGANIZATION, RESOURCES MANAGEMENT AND QUALITY MEASURES OF ONCOLOGICAL DAY CARE UNITS IN SPAIN

Autores: Concepción Reñones Crego¹, Carmen Vena Fernández², Cayetana Arce Pérez³, Félix Prados Velázquez⁴.

1. Enfermera Gestora vía rápida de mama. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

2. Supervisora de Oncología. Hospital Universitario Central de Asturias.

3. EU Oncology MR Consultant. Eli Lilly Research Laboratories.

4. Oncology Brand Manager, Spain. Eli Lilly Research Laboratories.

Contacto: Concepción Reñones Crego.

Enfermera Gestora vía rápida de mama. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

e-mail: crego@seeo.org

RESUMEN

Objetivos: Conocer la situación actual de los HdD oncológicos en España en cuanto a organización, gestión, recursos y calidad e identificar los aspectos que son susceptibles de mejora.

Material y métodos: Estudio descriptivo/observacional transversal utilizando técnicas cuantitativas con una muestra de 117 enfermeras que desarrollan su actividad profesional en HdD, algunas de ellas miembros de SEEO.

Resultados: El 63% dispone de sala de espera común en su HdD. El 66% declara que se permite la presencia de un acompañante en su HdD y un 51%

considera que la presencia del acompañante no es recomendable por la falta de espacio. La gestión de citas se realiza en función de tiempo de tratamiento y puestos en un 60%. La mayoría (96%) considera recomendable disponer de un teléfono de asistencia al paciente fuera de horario pero la mayoría (72%) no disponen de este servicio en su HdD. En media cada HdD tiene 6 a 7 enfermeras/os y 1 responsable de enfermería. El psicólogo está sólo disponible en un 65% de los HdD. Cada enfermero/a atiende en media a 8,9 pacientes y cada HdD realiza una media de 43 tratamientos al día con un tiempo medio de espera de

56 minutos por paciente. Se realizan análisis de calidad y actividad asistencial en el 45% de los casos.

Conclusiones: Las principales carencias detectadas son de espacio, personal de enfermería y psicólogos. Se podría aumentar la eficiencia y el bienestar del paciente implementando la cita en función de tiempo y puestos, teléfono de asistencia fuera del horario y reuniones programadas entre enfermería y oncología.

Palabras clave: Hospital de día, organización, gestión, calidad, eficiencia, situación actual.

ABSTRACT

Objective: To know the current status of oncological day care units (DCU) in Spain in relation to organization, resources, quality and identify the aspects to be improved.

Material and methods: Descriptive/observational transversal survey using quantitative techniques with a sample of 117 nurses of DCU some of them were members of SEEO (Spanish Society of Oncological Nursery).

Results: 63% have shared waiting room in its DCU. 66% said the companion is allowed in their DCU and 51% consi-

der that the presence of a companion is not advisable due the lack of space. Appointments are established considering the treatment duration and the places available in a 60%. Majority (96%) considered advisable to have a patient assistance phone after hours but majority (72%) don't have this service in their DCU. In average each DCU have 6 to 7 nurses and 1 nursery chief. Psychologists are only available in a 65% of DCU. Each nurse attends in average 8.9 patients and every DCU treats an average of 43 patients per day with an average waiting time of 56 minutes per patient. Qua-

lity and care activity assessments are performed in 45%.

Conclusions: Main deficiencies detected are space, nursery personnel and psychologists. Efficiency and patient's welfare could be improved implementing: appointments by duration & places, assistance phone after hours and programmed meetings between nursery and oncology.

Key words: Day care unit, organization, management, quality, efficiency, current status.

INTRODUCCIÓN

Los HdD han tenido un gran desarrollo durante los últimos años en nuestro territorio traduciéndose su implantación en un aumento de eficiencia en la atención del paciente oncológico. Existen sin embargo gran variedad de configuraciones organizativas y estructurales entre los diferentes HdD que han sido motivo de estudio dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud¹ así como del más reciente informe "Hospital de Día, estándares y recomendaciones" del Ministerio de Sanidad y Política Social 2009². Adicionalmente, las configuraciones y estructura organizativa de los HdD han sido también motivo de estudio entre los médicos oncólogos, que en el año 2006 realizaron un documento consenso nacional incluyendo recomendaciones para mejorar su funcionamiento³. Estos diversos trabajos avalan la importancia de los HdD en el tratamiento del paciente oncológico y su relevancia dentro de la organización sanitaria oncológica.

El desarrollo de los HdD ha venido motivado por varios factores: el aumento de tratamientos disponibles para tratar el cáncer, el carácter ambulatorio de los pacientes que están recibiendo tratamientos oncológicos, el aumento del número de pacientes oncológicos a ser atendidos (en parte motivado por la mayor incidencia y en parte por la mayor

supervivencia al disponer de mejores tratamientos) así como la necesidad de mejorar la eficiencia y reducir los costes del sistema sanitario. Todos estos factores han facilitado el desarrollo y aumento de los HdD disponibles en España pasándose de menos de 10 HdD a finales de los 80' a más de 110 en el año 2006¹. Este desarrollo sin embargo se ha producido de forma desigual y heterogénea detectándose ya en estudios anteriores como el de la SEOM, grandes diferencias en cuanto a la gestión, organización y recursos disponibles en los HdD. En el 2006, la SEOM publicó dos encuestas sobre la situación de HdD con la participación de 76 y 72 médicos respectivamente³ en los que se hicieron patentes las diferencias entre los HdD así como las carencias que entonces adolecían algunas de estas unidades.

Al ser la enfermería oncológica un eje clave en la organización y gestión de los HdD, se hacía necesario realizar un estudio sobre la situación actual de los HdD desde el punto de vista de enfermería en el que pudiéramos constatar la organización, gestión, recursos y calidad con la que se están manejando los HdD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio descriptivo/observacional transversal, con técnicas cuantitativas. El estudio consistió en la

recogida de datos a través de un cuestionario diseñado ad-hoc y administrado online. El estudio fue gestionado por la empresa Axis Pharma que realizó las tareas de diseño de cuestionario, programación online, análisis estadístico y elaboración de informe final. El cuestionario utilizado está recogido en el *anexo I*. Los participantes fueron invitados electrónicamente a través de un link remitido por la presidenta de la SEEO. El cuestionario contenía 50 preguntas (21 de ellas preguntas abiertas) distribuidas en cuatro secciones en las que se interrogó a los participantes sobre la organización y gestión de los HdD, recursos materiales, recursos humanos y criterios de calidad de los HdD.

La recepción de los cuestionarios tuvo lugar entre el 29 de octubre de 2012 y el 22 de enero de 2013, siendo volcados electrónicamente a una base de datos informática diseñada específicamente para el estudio.

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS. Se consideró para el estudio un margen de error de un 8,7% para un intervalo de confianza del 95%.

Todo el proceso de muestreo y recogida de datos se realizó de forma anónima y conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Perso-



Gráfico 1. Tipo de cita con la que se gestionan las agendas en los HdD. (% participantes, n=134)

nal, así como de acuerdo al código internacional sobre investigación social y de mercados.

Ámbito del estudio: Enfermeras de hospital de día algunas de ellas son miembros de la SEEO.

Muestra: 117 enfermeras de HdD, algunas miembros de SEEO, contestaron el cuestionario completo lo que equivalió a una tasa de respuesta del 6,9% y un margen de error del 8,7% considerando un universo de 1.700 enfermeras invitadas desde la presidencia de la SEEO. En las secciones 1 a 3 la muestra es de 134 enfermeras con un margen de error del 8,1% y en la sección 4 la muestra es de 120 enfermeras con un margen de error del 8,6%. La experiencia media en enfermería de los participantes fue de 21,9 años y la experiencia media en unidades de HdD fue de 8,8 años. La distribución de la muestra según la zona geográfica fue: 30% zona Centro (Madrid, Castilla La Mancha, Castilla y León), 20% zona Noreste (Cataluña, Aragón y Baleares), 16% zona Sur (Andalucía, Extremadura, Islas Canarias), 13% zona Levante (Región de Murcia, Comunidad Valenciana), 8% zona Norte (Asturias, Cantabria, País Vasco, La Rioja, Galicia y Navarra). La zona geográfica fue desconocida en el 8% de participantes. Por tamaño de municipio, el 62% de participantes pertenecían a zonas urbanas (>100.000 habitantes), 22% a zonas semiurbanas (<100.000 habitantes) y en

un 16% de la muestra el tipo de municipio fue desconocido.

RESULTADOS

Organización y gestión

El 42% de los participantes pertenecían a HdD onco-hematológicos, un 34% a polivalentes y un 19% a oncológicos.

En media cada HdD atendió 573 pacientes el último mes habiendo diferencias por tipo de municipio, siendo significativamente superior el número de pacientes atendidos en los municipios urbanos (643) versus los semiurbanos (442, $p=0,002$).

El 63% de los encuestados disponían en su HdD de una sala común de espera, un 29% disponía de sala de espera diferenciada para tratamientos y un 25% de sala de espera diferenciada para consultas. La sala común es más frecuente en los HdD semiurbanos (83%) que en los urbanos (55%, $p=0,001$) donde es más frecuente la sala de espera diferenciada para tratamientos y consultas. La mayoría de encuestados (93%) disponía de aseos en su sala de espera y sólo un 33% disponía de televisión y un 27% de fuente de agua. Son minoritarias la presencia de máquinas expendedoras (7%), termos o neveras (7%), revistas (7%), teléfono (7%) en las salas de espera de los encuestados.

La mayoría de encuestados (66%) declaró que en su HdD siempre se per-

mitía la presencia de un acompañante mientras que un 31% declaró que sólo se permitía en algunos casos siendo este porcentaje significativamente superior en aquellos en los que la sala de espera es común versus aquellos en los que existe sala diferenciada para tratamiento ($p=0,022$) y consultas ($p=0,024$).

El 51% de los encuestados considera que la presencia del acompañante no es deseable fundamentalmente debido a la falta de espacio (26%) o considerarlo no obligatorio ni necesario (23%). Un 49% de los participantes sí consideraron deseable la presencia del acompañante fundamentalmente porque aporta tranquilidad al paciente (45%) y compañía (23%).

El 84% de los participantes dispone de sistema de información en su HdD para registrar y monitorizar la actividad asistencial. En un 74% de los casos está conectado a otros niveles asistenciales (64% con hospitalización, 24% con atención primaria y 17% otros niveles). La prescripción de farmacia está informatizada en un 72% de casos siendo este nivel significativamente inferior en el caso de los HdD oncológicos (60%) respecto a los polivalentes (80%, $p=0,037$). Los cuidados de enfermería están informatizados en un 51%.

La gestión de citas se realiza en función del tiempo y de los puestos disponibles en un 60% de los encuestados mientras

RECURSOS MATERIALES DISPONIBLES EN EL HdD

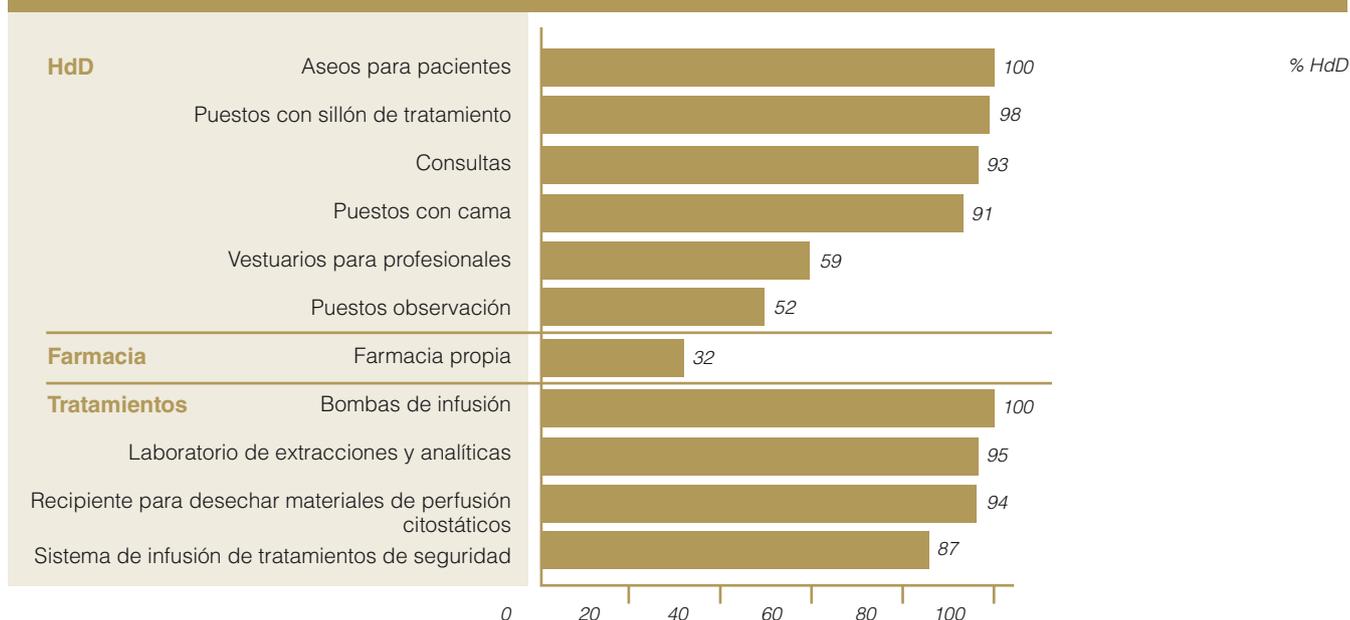


Gráfico 2. Recursos materiales disponibles en los HdD de los encuestados. (% encuestados, n=133)

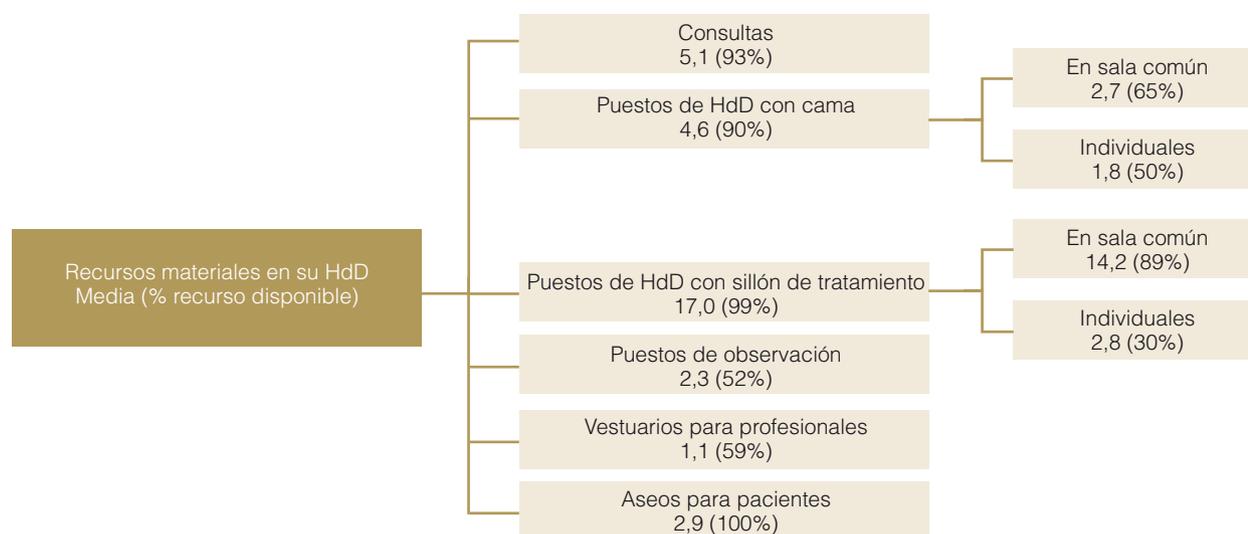


Gráfico 3. Recursos materiales medios disponibles en cada HdD. (Nº medio del recurso en cada HdD. Entre paréntesis se muestra el % de HdD que disponen de dicho recurso, n=133)

que un 25% de los encuestados declaran que en su HdD se cita al paciente en función de las agendas de consulta, el detalle se presenta en la [gráfica 1](#).

La mayoría de encuestados (72%) no dispone en su HdD de teléfono de asistencia al paciente fuera del horario habitual y el 96% de los encuestados considera que la existencia de este teléfono sería deseable y recomendable fundamentalmente para realizar labores educativas

o resolver dudas sin desplazamientos (52%), disminuir las visitas a urgencias (32%) y aportar tranquilidad y seguridad al paciente (32%). La presencia del teléfono de asistencia fuera de horario habitual es significativamente más frecuente en los HdD urbanos (34%) que en los semiurbanos (7%, $p < 0,0001$).

Recursos materiales en HdD

La [gráfica 2](#) muestra el detalle de los recursos materiales disponibles en los

HdD de los encuestados. Los recursos materiales que están disponibles en un menor número de HdD son: vestuarios para profesionales, puestos de observación y farmacia propia.

El [gráfico 3](#) muestra los recursos materiales medios que están disponibles en cada HdD.

La farmacia propia está disponible sólo en un 32% de los HdD y en el 95% de

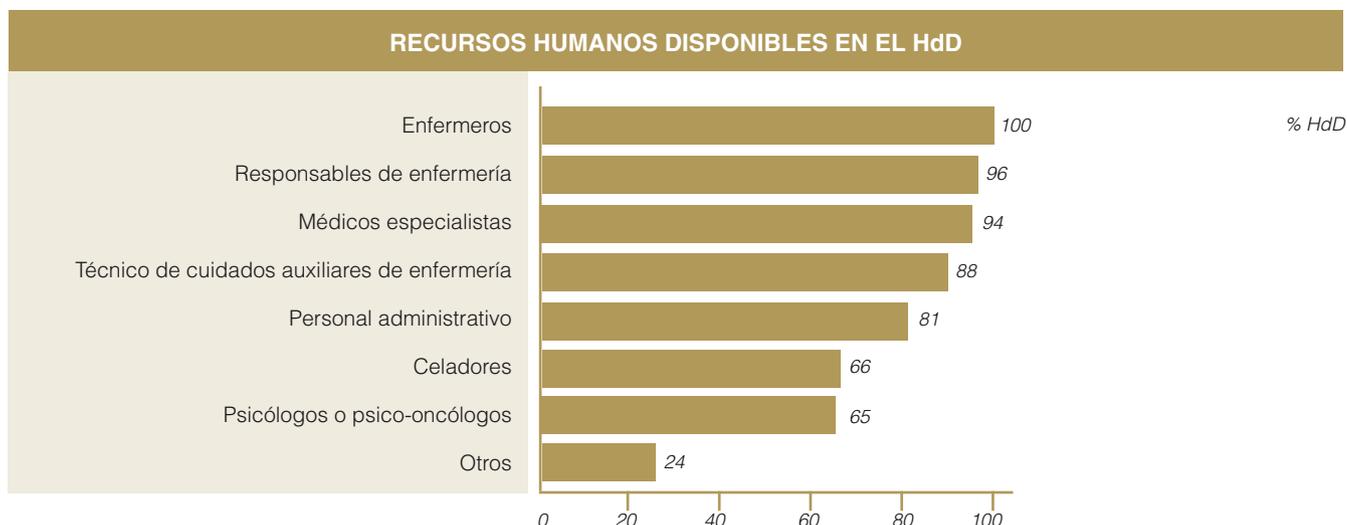


Gráfico 4. Recursos humanos disponibles en los HdD de los encuestados. (% de encuestados, n=134)

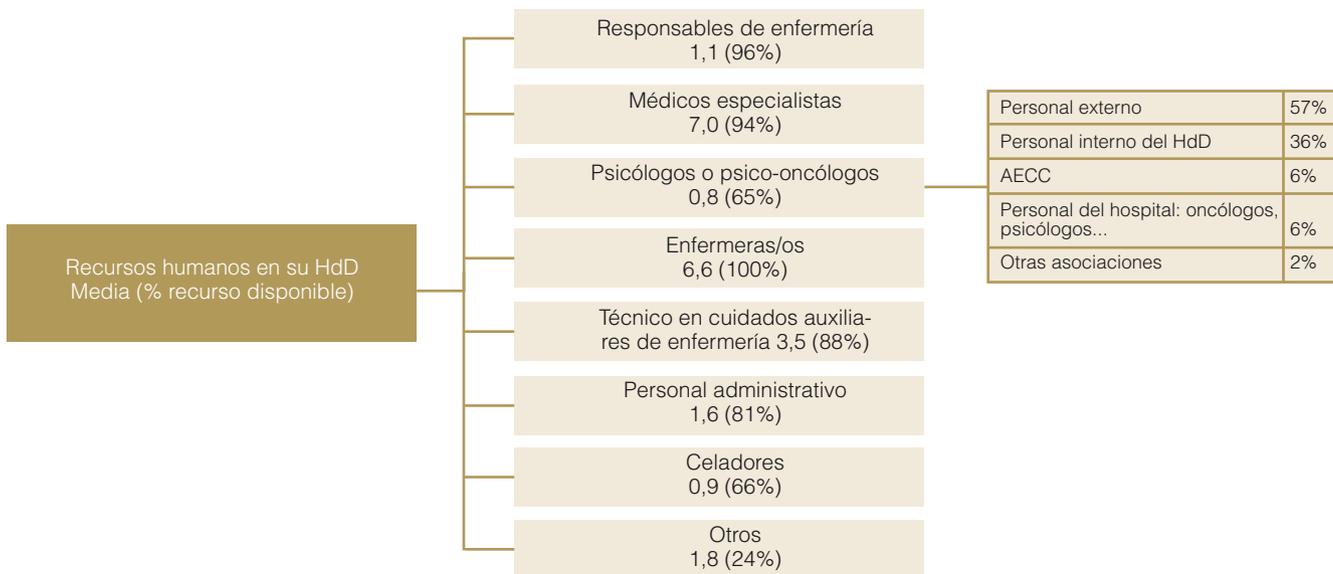


Gráfico 5. Recursos humanos medios por HdD según tipo de personal. (Nº de personas por HdD y % de HdD que disponen de este perfil)

estos casos disponen de campana de flujo laminar. Las funciones que tiene la farmacia propia en los casos en los que está disponible, es la preparación del medicamento (90%), dispensación (83%) y almacenamiento (79%).

La mayoría de encuestados dispone de laboratorio de extracción y analíticas en su HdD (95%) y en la mayoría de casos (88%) sólo se realiza la extracción ya que el procesado de muestra y de resultados se realiza fuera del HdD, generalmente (90%) en el laboratorio central del

hospital. Sólo un 8% de los encuestados dispone en su HdD de procesado de muestras con resultados inmediatos.

Al ser preguntados en abierto sobre los recursos materiales que echan de menos en su HdD, el 36% de los encuestados contestó que precisaban materiales para tratamientos (sistemas de infusión seguros, más materiales, recipientes herméticos para desechos, carros para curas entre otros), un 31% contestó que se precisaba más mobiliario para pacientes (puestos individuales, camas, sillones,

puestos confortables para pacientes, entre otros), un 18% mencionó la necesidad de más espacio (espacio en general o espacio para enfermeras) y un 15% echaba de menos mejorar el sistema informático. Un 21% de los encuestados consideró que no necesitaba ningún recurso material en su HdD.

Recursos humanos

El gráfico 4 muestra los recursos humanos disponibles en los HdD de los participantes en el estudio. Los recursos humanos que están menos presentes en

PROTOCOLOS EN EL HdD

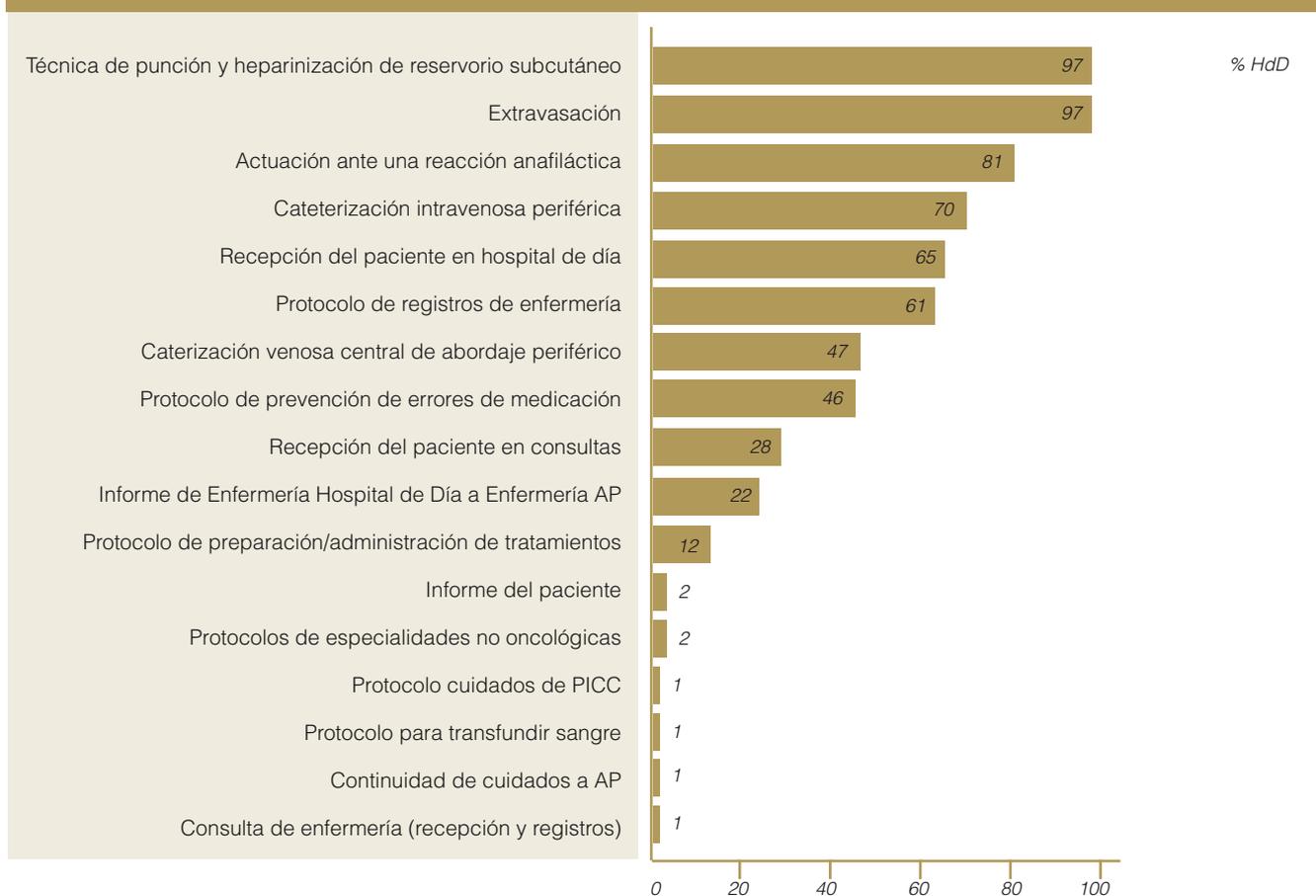


Gráfico 6. Protocolos que están presentes en los HdD. (% de encuestados, n=118)

las HdD son los psicólogos (presentes en un 65%) y los celadores (presentes en un 66%). El gráfico 5 muestra el número medio de personal por tipología que existe en cada HdD. Cada HdD tiene en media 6 a 7 enfermeros/as y 1 responsable de enfermería. En los casos en los que hay psicólogo, es mayoritariamente (64%) personal externo.

El horario de los oncólogos es sólo por la mañana en el 45% de los HdD de los encuestados y de mañana y tarde para el 55% restante.

Calidad asistencial

Los principales indicadores de salud de los HdD de los encuestados fueron los siguientes:

- Ratio pacientes por enfermera/o = 8,9.
- Número medio de tratamientos al día en el HdD=42,9. El número de trata-

mientos al día es significativamente superior en los HdD urbanos (50) que en los semiurbanos (26, $p<0,0001$).

- Tiempo medio de espera por paciente en minutos=56.

El tiempo medio de espera por paciente es diferente según el tipo de gestión de cita en el HdD siendo significativamente superior (82 minutos, $p<0,0001$) en aquellos casos en los que la cita se realiza en función de las consultas, y significativamente menor (47 minutos) en los casos en los que la cita se realiza en función del tiempo de tratamiento y puestos disponibles.

Las reuniones entre enfermería y oncología se realizan sólo en un 38% de los HdD de los encuestados siendo mayormente estas reuniones periódicas pero no programadas (25%). Sólo un 7% de

los encuestados menciona que su HdD tiene reuniones enfermería-oncología de forma periódica y programada y el 62% de los encuestados dice que en su HdD no se realizan reuniones entre enfermería y oncología.

El 98% de los encuestados declaran que disponen de protocolos en su HdD, la gráfica 6 muestra el detalle de los protocolos que están presentes en los HdD.

En cuanto a la disponibilidad de materiales y manuales, el 77% de los encuestados dispone de materiales para explicar al paciente el proceso patológico y su tratamiento en su mayoría (88%) son impresos siendo significativamente más utilizados en los HdD urbanos que en los semiurbanos (84% vs 60%, $p=0,007$), el 63% entrega materiales en el momento del alta para explicar los cuidados tras

el alta y en su mayoría (91%) se trata de impresos. En los casos en los que no se entregan materiales post-alta, el motivo es porque no existen dichos materiales (43%) o porque se informa verbalmente (30%).

El 73% de los participantes dispone de manuales internos de organización y funcionamiento del HdD y el 78% realiza adaptaciones de los tratamientos en función de la actividad laboral del paciente, en la mayoría de ocasiones (89%) previa solicitud del paciente mientras que en un 11% se analiza de forma protocolizada el perfil de paciente para adaptar los tratamientos. La adaptación de tratamientos a los perfiles de pacientes es significativamente más frecuente en los HdD polivalentes (90%, $p=0,008$).

Se preguntó adicionalmente sobre la realización o no en los HdD de análisis sobre la calidad asistencial en la unidad. El 45% de los participantes contestó que en su HdD se realizaban análisis de actividad asistencial y de calidad de forma periódica y un 31% de forma ocasional. En un 24% de los casos contestaron que nunca se realizaban análisis de la actividad asistencial y de la calidad.

En cuanto a otros indicadores de calidad, el 66% de los encuestados tienen establecidos y monitorizados indicadores de calidad, siendo los más frecuentes: acontecimientos adversos (79%), encuestas de satisfacción a pacientes (65%), índice de ambulatorización (42%) y cancelación de sesiones (25%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de la importancia asistencial de los HdD son pocos los estudios que se han publicado respecto a su funcionamiento, organización y gestión en la práctica clínica. Como se ha mencionado en la introducción, existen al menos dos documentos oficiales recientes respecto a los HdD y su funcionamiento siendo el más reciente² del 2009 en el que se analizan en general todos los tipos de HdD. La SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) publicó también en el 2006

dos estudios basados en encuestas a oncólogos en los que se exploraba el funcionamiento y experiencia de los HdD onco-hematológicos y en los que se realizaban una serie de recomendaciones. La propia SEEO dispone de una guía para la estandarización de cuidados en el HdD oncológico⁴. Hasta el momento, el documento de la SEOM, a colación de los resultados de las encuestas, es el que ha realizado una serie de recomendaciones más concretas sobre el funcionamiento del HdD oncológico.

En nuestro estudio, hemos encontrado una serie de carencias y de oportunidades de mejora que aumentarían la eficiencia de los HdD pero que según nuestros resultados, no están implantados en todos los HdD.

El primer dato que llama la atención es el alto nivel de encuestados (51%) que no ven recomendable la presencia del acompañante, fundamentalmente debido a la falta de espacio. Este hecho hace suponer que es escaso el espacio dedicado a los HdD considerando el nivel de carga asistencial que gestionan. Este punto queda además soportado por el hecho de que aquellos HdD en los que existen salas de espera diferentes, y por tanto se suponen con mayor disponibilidad de espacio, son aquellos en los que más se permite la presencia del acompañante respecto a aquellos HdD en los que sólo existe sala común de espera y que se deduce tienen menor espacio disponible. La falta de espacio fue ya una de las carencias más mencionadas en el estudio de la SEOM³ en el que más de la mitad de los encuestados opinó que la capacidad de las salas de tratamiento y de espera eran insuficientes. Es por tanto una carencia que no ha sido solucionada desde entonces y que se manifiesta de nuevo en nuestro estudio.

Si comparamos los puestos (sillones y camas) disponibles en media en nuestro estudio (22 puestos) respecto a los del estudio de la SEOM en 2006 (16 puestos) vemos un aumento medio de la acti-

vidad asistencial que están gestionando los HdD en línea con el aumento de incidencia así como de la supervivencia del paciente oncológico.

La informatización está todavía pendiente en algunos HdD (16%) a nivel general y es más sorprendente todavía que la informatización de farmacia está pendiente en un 28% de HdD y la de cuidados de enfermería en un 49%. Existe por tanto un potencial de mejora respecto a la informatización de los HdD.

Uno de los datos más relevantes del estudio es la gestión de citas. La gestión más eficiente de citas es la que se realiza en función del tiempo de tratamiento y de los puestos disponibles ya que nuestro estudio demuestra que este tipo de cita está correlacionada con un tiempo de espera del paciente significativamente inferior. Sin embargo este tipo de cita más eficiente está sólo disponible en un 60% de los HdD y por tanto existe un campo de mejora en este aspecto que puede repercutir de forma directa e inmediata en la eficiencia y en el paciente.

El teléfono de asistencia fuera de horario es altamente demandado por los encuestados siendo una abrumadora mayoría (96%) los que consideran que es recomendable y deseable disponer de este servicio. Implementar este tipo de servicio para el paciente repercute directamente en reducir la carga asistencial del hospital y de urgencias evitando visitas no programadas y no necesarias que podrían resolverse telefónicamente. Este servicio sin embargo está solamente disponible en un 27% de los HdD y por tanto es otra gran oportunidad de mejora que tendría un gran impacto inmediato en la eficiencia del HdD y en el bienestar del paciente. Existen varios estudios que demuestran la utilidad del medio telefónico en el seguimiento de pacientes con cáncer. Una revisión del año 2009 concluyó que el seguimiento telefónico de pacientes con cáncer por parte de enfermeras, genera el mismo nivel de satisfacción que las visitas con-

vencionales de seguimiento⁵. La asistencia telefónica además se ha demostrado como medio coste-efectivo al reducir de forma importante la carga asistencial hospitalaria⁶, en el estudio de Beaver et al. se demostró que el seguimiento telefónico de pacientes que han finalizado el tratamiento de cáncer de mama puede reducir la carga asistencial del hospital y tiene significativamente menos costes de productividad y desplazamientos que los seguimientos en el hospital. La satisfacción del paciente se ha demostrado similar cuando el paciente recibe seguimiento telefónico por las enfermeras vs seguimiento en el hospital durante el primer año tras finalizar un tratamiento curativo de cáncer de mama⁷. Un estudio randomizado controlado publicado en el *European Journal of Cancer* en 2011 confirma que reemplazar las visitas de seguimiento hospitalarias durante el primer año de seguimiento tras tratamiento de cáncer de mama con un seguimiento telefónico a través de las enfermeras, es una forma apropiada de reducir la carga de visitas clínicas y es una estrategia alternativa aceptada sin afectar la calidad de vida del paciente⁸. Existe alguna iniciativa reciente en la implementación de sistemas de atención y manejo telefónico de los pacientes con cáncer en centros hospitalarios⁹ en los que se ofrece asistencia telefónica 24 horas al día, 7 días a la semana por un miembro del equipo de enfermería. Podemos concluir que el uso de un servicio de asistencia telefónica sería de gran utilidad para la gestión y seguimiento del paciente con cáncer que podría reducir la carga asistencial sin afectar la calidad de vida del paciente o su nivel de satisfacción aunque es necesario realizar más estudios sobre el impacto de este servicio en el caso de hospitales en España.

Otro de los hechos relevantes que pone de manifiesto el estudio es la carencia de recursos humanos principalmente relacionado con la carencia de psico-oncólogos en los HdD. El 35% de los HdD no disponen de este recurso y en los que está disponible se trata generalmente de personal externo o itinerante que no

está disponible de forma fija. Es también destacable la falta de reuniones periódicas programadas entre enfermería y oncología que se producen sólo en un 7% y en un 62% no se realizan reuniones ni siquiera sin programar. Seguramente el establecer un marco de coordinación entre enfermería y oncología de forma programada podría mejorar la eficiencia de la unidad y reducir los tiempos de espera de los pacientes, pero esta conclusión precisaría de un estudio adicional para confirmar su posible impacto en los HdD. Un estudio recientemente publicado concluyó que una relación favorable entre enfermeras y médicos en los centros de día oncológicos puede promover una mayor calidad del cuidado del paciente¹⁰. La comunicación interdisciplinaria entre enfermeras y médicos es relevante para la organización de los cuidados ya que los aspectos de comunicación son uno de los principales obstáculos para la mejora sistemática y sostenible de la seguridad de los pacientes¹¹. El concepto de trabajo en equipo multidisciplinario también se ha asociado a un mejor desarrollo clínico de los pacientes ingresados¹². Un pequeño estudio cualitativo del 2012 reveló que las enfermeras de centros de día oncológicos opina que la comunicación de alta calidad entre los miembros del equipo mejora la seguridad y satisfacción del paciente y concluye que la implementación de estrategias que fortalezcan la comunicación pueden contribuir a la mejora de calidad asistencial en cáncer¹³.

Es importante y relevante la carencia de análisis y seguimiento de la calidad asistencial donde un 24% no realiza ningún tipo de análisis. El número de tratamientos al día es de 43 en línea con los datos publicados por el documento consenso de la SEOM en el que la mayoría de HdD oncológicos administraban entre 34 y 45 tratamientos al día³. Es muy comprensible que los HdD ubicados en zonas urbanas con >100.000 habitantes atiendan significativamente a más pacientes que las zonas semiurbanas. Respecto al tiempo de espera del paciente, conside-

ramos que es un tiempo alto (56 minutos en media) pero es excesivo para aquellos centros en los que la cita se gestiona en base a las consultas, con tiempos cercanos a las 3 h. Consideramos por tanto claramente demostrado que la gestión de citas y la informatización de las mismas permitiría reducir este tiempo de espera de los pacientes y por tanto mejorar este indicador de calidad. Resulta también sorprendente y llamativo que el 64% de los encuestados no disponga de protocolos para evitar los errores de medicación siendo ésta una de las recomendaciones más frecuentes en cualquier documento sobre eficiencia y calidad asistencial de HdD^{1,3}. Es por tanto otra oportunidad importante de mejora para los HdD.

La carga asistencia de pacientes monitorizados por enfermero/a se marcó como ideal en los 5,4³ sin embargo en nuestro estudio las enfermeras están en un ratio de 8,9 pacientes/enfermera/o lo que claramente está muy por encima del ideal, manifestando una carencia de personal de enfermería en los HdD seguramente debido al aumento de pacientes atendidos en los HdD respecto al pasado.

Como conclusión, el estudio que se presenta muestra un avance y mejora en muchos aspectos organizativos y asistenciales en una mayoría de HdD pero al mismo tiempo pone de manifiesto una serie de carencias y mejoras a implementar en algunos HdD que tendrían como consecuencia una mejora de la eficiencia de la unidad y sobre todo un gran impacto en el bienestar del paciente. 📌

Organización y gestión

1. Indique por favor el tipo de HdD en el que usted trabaja
 - Oncológico
 - Onco-hematológico
 - Polivalente
 - Otros
2. Indique aproximadamente el número de pacientes tratados en su HdD en el último mes

3. ¿Cuántas salas de espera hay en su HdD? (marque tantas opciones como sea necesario)
 - Una sala común para todos
 - Sala de espera de consultas
 - Sala de espera de tratamientos
 - Otros: indicar
4. En las salas de espera ¿qué tipo de atenciones o recursos se ponen a disposición de los acompañantes? (Marque tantas opciones como sea necesario)
 - Aseos
 - Teléfono
 - Televisión
 - Fuente de agua
 - Otros: indicar
5. ¿Se permite la estancia de un acompañante en el HdD?
 - Sí, siempre
 - No, nunca
 - Sólo en algunos casos: ¿en qué casos?
6. ¿Considera usted que el acompañante debe permanecer continuamente con el paciente mientras está en el HdD?
 - Sí
 - No
7. Indique brevemente los motivos que justifican la respuesta anterior

8. ¿Existe en su HdD un sistema de información para registrar y monitorizar la actividad asistencial?
 - Sí
 - No
9. Este sistema de información ¿está de alguna forma coordinado o conectado con los demás niveles asistenciales? como por ejemplo atención primaria u hospitalización convencional. (Marque tantas opciones como sea necesario)
 - No disponemos de este sistema de información
 - Está conectado con Atención Primaria
 - Está conectado con Hospitalización
 - No está conectado con ningún nivel asistencial
 - Está conectado con otro nivel asistencial. ¿Con cuál?
10. ¿Están informatizadas las prescripciones de farmacia así como los cuidados de enfermería?
 - Sí, ambos
 - Sí, las prescripciones de farmacia
 - Sí, los cuidados de enfermería
 - No, ninguno de los dos

11. Respecto a la gestión de agendas, indique qué método utilizan en su HdD para gestionar las citas de los pacientes
 - Se cita al paciente en función del tiempo de tratamiento y de los sillones o puestos disponibles
 - Se cita al paciente en función de las agendas de consulta
 - Otras opciones: indicar
12. ¿Existe un teléfono de atención al paciente fuera del horario habitual de HdD?
 - Sí
 - No
13. Si existe un teléfono de atención al paciente indique el horario. (Si no existe ponga ND)

14. ¿Quién lo atiende? (Si no existe ponga ND)

15. ¿Cuál es el objetivo principal de este servicio? (Si no existe ponga ND)

16. Indique por favor si considera este servicio deseable o recomendable
 - Sí
 - No
17. Indique brevemente los motivos que justifican la respuesta anterior

Recursos materiales del HdD

18. Para cada uno de los siguientes recursos, indique el número que hay disponible en su HdD
 - Consultas: _____
 - Puestos de hospital de día con cama: _____
 - Puestos de hospital de día con sillón de tratamiento: _____
 - Puestos de observación: _____
 - Vestuarios para profesionales: _____
 - Aseos para pacientes: _____
19. Del total de puestos que hay en el hospital de día con camas indique cuántos de ellos pertenecen a puestos en sala común y cuántos individuales. (La suma ha de ser igual al nº de puestos de hospital de día con cama que ha indicado en la pregunta anterior)
 - Puestos con cama en sala común: _____
 - Puestos con cama individuales: _____
20. Del total de puestos que hay en el hospital de día con sillón de tratamiento indique cuántos de ellos pertenecen a puestos en sala común y cuántos individuales (*). (La suma ha de ser igual al nº de puestos de hospital de día con sillón de tratamiento que ha indicado previamente)

Puestos con sillón de tratamiento en sala común: _____

Puestos con sillón de tratamiento individuales: _____

21. ¿Existe farmacia propia en el HdD?
 - Sí
 - No
22. ¿Esta farmacia tiene campana de flujo laminar? (Si no disponen de farmacia propia en el HdD ponga "no aplicable")
 - Sí
 - No
 - No aplicable
23. Indique las funciones que ejerce la farmacia del HdD. (Seleccione tantas opciones como sean aplicables. Si no disponen de farmacia propia del HdD ponga "no aplicable")
 - Almacenamiento
 - Dispensación
 - Preparación del medicamento
 - No aplicable
24. Indique si existe laboratorio de extracciones y analíticas en el HdD
 - Sí, con procesado de muestras y resultados inmediatos
 - Sí, pero el procesado de muestras y los resultados se realizan en el exterior
 - No
25. Indique dónde se realiza el procesado de muestras y los resultados de extracciones y analíticas en el caso de que se realice en el exterior del HdD

26. Indique cómo se realiza el procesado de muestras y los resultados de extracciones y analíticas en el caso que no exista laboratorio en el HdD

27. Indique si existe un sistema de infusión de tratamientos de seguridad
 - Sí
 - No
28. ¿Existen bombas de infusión?
 - Sí
 - No
29. ¿Existen aparatos comercializados o recipientes de cierre hermético para desechar los materiales de perfusión de citostáticos?
 - Sí
 - No
30. ¿Qué recursos materiales echa de menos en su HdD?

Recursos humanos

31. Indique por favor el número de personas que trabajan en su HdD según la función Responsables de enfermería:
 - Médicos especialistas: _____

Psicólogos o psico-oncólogos:

Enfermeras/os:

Técnico de cuidados auxiliares de enfermería:

Personal administrativo:

Celadores:

Otros:

32. En el caso de que los pacientes de su HdD reciban asistencia de Psicólogos o Psico-oncólogos indique si son
- Personal interno del HdD
 - Personal externo
 - Otros: indicar
33. En el caso de los médicos oncólogos en su HdD indique si:
- Sólo hay oncólogos por la mañana
 - Hay oncólogos tanto por la mañana como por la tarde
 - No hay oncólogos en su HdD

Calidad

34. Indique el ratio pacientes por enfermera en su HdD al día
35. ¿Cuál es el número medio de tratamientos al día en su HdD?
36. ¿Cuál es el tiempo medio de espera (en minutos) por paciente para recibir su tratamiento?
37. ¿Están establecidas reuniones entre oncólogos y enfermería en su HdD?
- Sí, de forma programada
 - Sí, de forma programada y periódica
 - Sí, de forma periódica pero no programadas
 - No
 - No hay oncólogos en mi HdD
38. Indique si existen protocolos en su HdD y qué tipo de protocolos están aplicando. Si no existen protocolos marque la 1ª opción, sino marque tantas opciones como sean aplicables

- No existen protocolos en mi HdD
 - Recepción del paciente en consultas
 - Recepción del paciente en hospital de día
 - Extravasación
 - Actuación ante una reacción anafiláctica
 - Cateterización intravenosa periférica
 - Cateterización venosa central de abordaje periférico
 - Técnica de punción y heparinización de reservorio subcutáneo
 - Protocolo de registros de enfermería
 - Protocolo de prevención de errores de medicación
 - Informe de Enfermería Hospital de Día a Enfermería Atención Primaria
 - Otras: indicar
39. De cara al paciente o al cuidador, ¿disponen de materiales para explicar al paciente el proceso patológico y su tratamiento?
- Sí
 - No
40. Si ha dicho que Sí, indique brevemente qué tipo de materiales son (impresos, audiovisuales, digitales...)
41. ¿Existe algún manual interno de organización y funcionamiento del HdD?
- Sí
 - No
42. En su HdD ¿se realizan adaptaciones de los tratamientos en función de la actividad laboral o doméstica de los pacientes?
- Sí, de forma protocolizada se analiza el perfil de paciente y se adaptan sus tratamientos
 - Sí, en ocasiones o cuando el paciente lo solicita
 - No
43. En el momento del alta ¿se entrega al paciente o cuidador algún material sobre los cuidados post-alta?
- Sí
 - No. Indique los motivos por los que no se entrega ningún tipo de material al paciente o cuidador

44. Indique por favor qué tipo de materiales se entregan al paciente (impresos, audiovisuales, digitales...). (Si no recibe ningún tipo de material ponga ND)

45. En su HdD ¿se realizan análisis de actividad asistencial y de calidad?
- Sí, de forma periódica
 - Sí, ocasionalmente
 - No, nunca hasta ahora
46. ¿Están establecidos y monitorizados en su HdD alguno de los siguientes indicadores de calidad? (Marque tantas opciones como sean aplicables)
- Ninguno, no tenemos indicadores de calidad
 - Índice de ambulatorización (% sesiones en HdD versus estancias totales del hospital convencional)
 - Cancelación de sesiones (% de cancelaciones versus pacientes citados)
 - Acontecimientos adversos (% de reacciones transfusionales sobre el total de sesiones en las que se ha realizado transfusión de sangre o hemoderivados, extravasaciones, reacciones adversas a tratamientos...)
 - Encuestas de satisfacción a pacientes (índice de satisfacción)
 - Otros: indicar

Perfil del participante

47. Indique por favor la provincia en la que trabaja
48. Indique los años de experiencia que tiene en enfermería
49. Indique los años de experiencia que tiene en la Unidad de Hospitalización de Día (Unidad HdD)
50. Indique cuál es su hospital de referencia de esta unidad HdD

BIBLIOGRAFÍA

1. 2007 MdSyCM. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. disponible en <http://msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.html>.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospital de día, estándares y recomendaciones 2009.
3. Sociedad Española de Oncología Médica. Hospitales de día: recomendaciones según consenso nacional SEOM Madrid. Marzo 2006. Primer libro blando de la oncología médica en España. 2006.
4. SEEO. Guía para la estandarización de cuidados en el Hospital de día Oncológico.
5. Lewis R., et.al. Nurse-led vs conventional physician-led follow-up for patients with cancer: systematic review. J Adv Nurs. 2009 Apr; 65(4):706-23.
6. Beaver K., et.al. Economic evaluation of a randomized clinical trial of hospital versus telephone follow-up after treatment for breast cancer. Br J Surg. 2009 Dec; 96(12):1406-15.
7. Kimman M.L., et.al. Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer. BMC Cancer. 2010 Apr; 30(10):174).
8. Kimman M.L., et.al. Nurse-led telephone follow-up and educational group programme after breast cancer treatment: results of a 2x2 randomised controlled trial. Eur J Cancer. 2011 May; 47(7):1027-36).
9. Maloney K., et.al. The oncology phone: an innovative program for the management of the oncology population in an academic medical center. Clin J Oncol Nurs. 2013 Aug; 17(4):387-91).
10. Christopher R. Friese M.M. Nurse-Physician Relationship in Ambulatory Oncology Settings. J Nurs Scholarsh. 2012 Sep; 44(3):258-265).
11. Leape L., et.al. Five years after to err is human: what have we learned? JAMA. 2005 May; 18(293(19):2384-90).
12. Ponte P.R., et.al. Interdisciplinary teamwork and collaboration: essential element of a positive practice environment. Annu Rev Nurs Res. 2010; 28(159-189).
13. Kamimura A., et.al. Practice environments of Nurses in Ambulatory Oncology Settings: A Thematic Analysis. Cancer Nurs. 2012 Jan; 35(1: E1-E7).

Farmacéutica Adjunta del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y Responsable de Ensayos Clínicos en Oncología del mismo hospital.



Mari Nor Sánchez Fresneda



Entrevista a...

Rosa Isabel Escamilla

¿Cuál es el papel del Servicio de Farmacia Hospitalario en la realización de Ensayos Clínicos en un Hospital?

El Servicio de Farmacia de un Hospital en la relación con los Ensayos Clínicos (E.C.) tiene una doble función. Como farmacéuticos de hospital a través de la participación de los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) tiene un compromiso para garantizar la idoneidad, transparencia y respeto a los postulados éticos de toda investigación efectuada en seres humanos y, como Servicio de Farmacia propiamente dicho,

le corresponden las funciones que el marco legal define en la Ley de garantía y uso racional de medicamentos y productos sanitarios para los Servicios de Farmacia, dado que los productos en investigación son medicamentos.

Como Servicio de Farmacia nuestra principal función es la gestión de las muestras de ensayo clínico, que incluye recepción, almacenamiento, fabricación, preparación, dispensación, devolución de medicamentos en investigación, además de la contabilidad, monitorización,

en casos aleatorización, randomización etc.

¿Qué requisitos debe reunir el farmacéutico responsable para participar en un E.C.?

El farmacéutico que participa en los ensayos clínicos dentro del Servicio de Farmacia, además de ser especialista en Farmacia Hospitalaria, debe conocer la normativa legal española y europea referente a ética (Declaración de Helsinki, Convenio de Oviedo) y derecho del paciente (Ley Orgánica de

Protección de Datos. etc.), la normativa en materia de E.C. (Normas de Buena Práctica Clínica, RD.223/2004 de Ensayos Clínicos, etc).

¿Cuáles son las responsabilidades del Farmacéutico Hospitalario (F.H.) en la gestión de las muestras del E.C.?

Las responsabilidades del F.H. en la gestión de las muestras de E.C. son muy diversas, dependiendo del tipo de E.C.

Algunas de ellas son comunes a todos los tipos:

- La **recepción** de la muestra, comprobando que se ha recibido en las condiciones adecuadas (de temperatura, identificación, número), y comunicando su acuse de recibo al promotor (correo prefranqueado, fax, e-mail, sistemas telefónicos automáticos (IVRS) o por página web (IWRS).
- **Custodia** de las muestras E.C. Qué debe hacerse en las condiciones adecuadas para cada una de ellas (temperatura ambiente (15-25°C), refrigerador (2-8°C), congelador (-20°C -30°C ó -70°C) de forma independiente al resto de medicación con acceso limitado y por protocolo para evitar errores.
- Responsable del **registro de temperatura** de los distintos almacenes de estas muestras, así como comunicar de forma inmediata cualquier exclusión de las temperaturas.
- **Contabilidad y registro de movimientos** (registro por presentación farmacéutica, por paciente, etc.).
- **Dispensación**: validando la prescripción, comprobando que contienen los datos. Se dispensa al investigador o colaborador o al paciente ambulante.
- **Control de existencias y caducidades** de las muestras en investigación.
- **Destrucción o devolución al promotor** de las muestras por caducidad, al cierre la no usada, etc.
- **Mantenimiento de la documentación de E.C.** (albaranes, peticiones, registros, etc.) que se facilitará al promotor en las visitas de monitorización.

Otras funciones que realizamos dependiendo del tipo de E.C. son:

- **Fabricación** de medicamento en investigación. En algunos E.C., cuyo promotor es una entidad independiente, el S.F. puede realizar tareas como reenvasado, reencapsulación o modificación de forma farmacéutica, preparación a partir de materia prima, fabricación de placebos, etiquetado y/o acondicionamiento de medicamentos en investigación.
- **Distribuidor** de muestras en investigación. En los casos en el que S.F. sea fabricante también puede actuar como distribuidor a otros centros que participan en el E.C.
- **Preparación lista para su uso** de medicación de E.C., y, **aleatorización** y **enmascaramiento** en caso en el que el F.H. sea el investigador no ciego.

¿Qué requisitos debe reunir el Servicio de Farmacia del Hospital para poder realizar E.C.?

Los requisitos que los promotores exigen al S.F. para la realización de E.C. son:

- Un espacio físico independiente del resto de medicación del hospital donde puedan ser custodiadas las muestras de E.C. y que cumpla los requisitos de temperatura necesario para las muestras (temperatura ambiente, refrigerado, congelador).
- Debe haber un registro de temperatura de estos espacios, y el medidor de esa temperatura debe estar calibrado (termómetro máxima y mínimas, Termotale, registros giratorios, sondas, etc.) y con certificado de calibración reciente.
- La documentación y medicación del E.C. debe conservarse en espacios con acceso restringido al personal autorizado.
- Certificados de control de zonas limpias y cabinas de trabajo para preparación de fórmulas estériles.
- En caso de fabricación debe tener las autorizaciones de las Autoridades Sanitarias Autonómicas correspondientes tanto las instalaciones como los procedimientos y acondicionamiento.
- Deben existir instalaciones adecuadas para preparación en condiciones asépticas de las formas parenterales (mezclas intravenosas y citotóxicas).

- Procedimientos de eliminación de residuos (en caso de destrucción de las muestras de E.C.).

¿Se establece algún tipo de control de calidad en los E.C.? En caso afirmativo ¿cuál es su importancia?

Los establecimientos de sistemas de control de calidad en los procesos de preparación de mezclas intravenosas es algo que siempre ha sido prioritario en todos los Servicios de Farmacia. Las mezclas intravenosas van directamente al paciente y deben ir en dosis correctas, correctas condiciones de estabilidad y esterilidad. Para ello los Servicios de Farmacia cuentan sistemas de control como el doble chequeo, distintos de identificación y control de pesadas.

En los ensayos clínicos la calidad es aún más importante. En un E.C. hay una exigencia de asegurar que todos los pasos que hay entre la recepción de un medicamento hasta su administración se hace correctamente según protocolo y que todo queda documentada y garantizado que se hace así.

Los pasos de recepción y conservación son fáciles de demostrar por los registros de albaranes y temperatura. Sin embargo la dispensación y preparación son más susceptibles de cometer errores. De forma que para la dispensación de formas orales es conveniente poner un doble chequeo en la dispensación antes de darlo al paciente.

En cuanto a la preparación de mezclas intravenosas se debe hacer doble chequeo en la preparación del material y bandeja y luego control de calidad de la preparación por otra persona distinta al preparador. Estos controles siempre deben quedar debidamente firmados, fechados y archivados.

Aparte de los controles de calidad en la preparación en un ensayo clínico todo acto realizado relacionado con la medicación debe quedar debidamente justificado y documentado.

Porcentaje del presupuesto que se destina en el E.C. al Servicio de Farmacia ¿Quién lo determina y en base a qué?

La cantidad del presupuesto del E.C. que se destina al S.F. no está establecido en ninguna normativa. Cada Servicio de Farmacia lo negocia en su centro con las fundaciones de investigación, los investigadores principales, y/o promotores.

En base a que se calcula esa cantidad es muy variable. Algunos S.F. cobran un porcentaje por paciente, otros una tasa fija una tasa fija y 7 ó una tasa según las funciones que realice el S.F. (fabricación, aleatorización, enmascaramiento, preparación mezclas, etc.). Esa cantidad se fija antes de la firma del contrato del E.C. y debe quedar reflejada en él.

En el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) ¿Es necesaria la presencia de un farmacéutico? ¿Cuál es su función?

El farmacéutico hospitalario, como experto en medicamentos y producto sanitario, es un miembro permanente de los CEIC en los hospitales. Dentro de él puede tener como cualquier miembro de CEIC el cargo de presidente, secretario o un miembro más.

Entre sus funciones, además de garantizar la idoneidad, transparencia y respeto a los postulados éticos de toda la investigación en seres humanos, valorar el correcto diseño e idoneidad del E.C., también es el encargado de comprobar todo los asuntos con el medicamento, como posibles problemas en la preparación y el uso del medicamento por ejemplo que el tratamiento propuesto en un E.C. observacional, no implique el uso

de medicamentos no incluidos en guía Farmacoterapéutica del hospital o en condiciones de uso no autorizadas en el hospital.

Quisiera que me describieras, si es que existe, el contacto del F.H. con la enfermería de investigación.

El contacto del F.H. con la enfermería en investigación va a depender del Hospital y dentro de cada hospital, del equipo investigador en particular.

Dentro del Servicio de Farmacia, el farmacéutico necesita trabajar estrechamente con el personal de enfermería que realiza las mezclas intravenosas y citotóxicas. Con ellas hay una comunicación constante y directa. Se les informa de la realización de nuevos ensayos clínicos, se les facilita los procedimientos normalizados de trabajo de cada muestra de investigación, se les informa de los potenciales riesgos de su manipulación, en caso de que existan, y procedimiento de actuación y en todo momento se les resuelve dudas y se informa de todas las variaciones que se produzcan durante la realización del estudio.

Con la enfermería de investigación la relación es variable dependiendo del centro y del equipo investigador. Yo considero muy importante establecer una coordinación y contacto entre del F.H. y el equipo investigador, y sobre todo con la enfermera de investigación que es la encargada del trabajo de base, el contacto con el paciente, la administración del medicamento o la información, formación y coordinación con el personal de enfermería asistencial. Creo que es imprescindible que antes del inicio haya una reunión o contacto para esta-

blecer los circuitos o recavar la información necesaria para que la realización del ensayo se produzca fluida y sin incidentes.

Comunicación con enfermería Asistencial.

El farmacéutico responsable de E.C. por esta función no suele tener relación especial con la enfermería asistencial, ya que se supone que lo relacionado con el producto de I.C. es responsabilidad de la enfermería y del equipo de investigador.

Normalmente son el investigador principal y la enfermería de investigación, los encargados de informar al personal de enfermería asistencial de todo lo relacionado con la medicación en E.C.

En los casos en que no haya enfermeras en el equipo de investigación, o aunque la haya, si la enfermera asistencial, requiera alguna información o ayuda, con respecto al producto en investigación, que el investigar no pueda resolver por desconocimiento o por no estar accesible en el momento que se produzca, por supuesto que el farmacéutico facilitará toda la información y ayuda posible. ➡



Caracterización de la SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON CÁNCER hospitalizados del Instituto Nacional de Oncología

Autores: Autores: MSc. Ana Ibis Jiménez Hernández¹.
Dr. Jesús de los Santos Reno Céspedes².
Lic. Miguel Alejandro Castillo Garcet³.
MSc. Imilla Torres Orue⁴.
MSc. Ana Bárbara Jiménez Hernández⁵.
Lic. José Alfredo Torres Mendoza⁶.

(1) Licenciada en Enfermería. Master en atención integral al niño. Diplomada en Sexualidad y en Psicología. Profesora instructora. Investigadora agregado. Miembro titular de la SOCUENF. Enfermera asistencial del servicio de Oncopediatría del INOR. E-mail: janaibis@yahoo.com, ibis.jimenez@infomed.sld.cu

(2) Especialista de segundo grado en Oncología. Profesor auxiliar. Investigador auxiliar. Vicedirector Docente y Jefe de Servicio de Oncopediatría del INOR. E-mail: reno@infomed.sld.cu

(3) Licenciado en Enfermería. Diplomado en fármaco vigilancia. Investigador agregado. Miembro titular de la SONCUENF. Enfermero principal del servicio de consulta externa de endoscopia de cabeza y cuello del INOR. E-mail: Miguel.castillo@infomed.sld.cu

(4) Licenciada en Enfermera. Máster en infectología. Diplomada en Sexualidad y en Psicología. Profesora Asistente. Investigadora agregado. Miembro titular de la SONCUENF. Especialista en formación en ensayos clínicos del CENCE. E-mail: imilla.torres@infomed.sld.cu

(5) Máster en enfermería. Diplomada en Sexualidad y en Psicología. Miembro titular de la SONCUENF. Enfermera asistencial del Servicio de Pediatría del complejo ortopédico Frank país.

(6) Licenciado en Enfermería. Diplomado en atención al paciente crítico. Enfermero asistencial de cuidados intensivos del Hospital Cándido Gonzales Ortiz. Miembro titular de la SONCUENF. E-mail: jtorre63@yahoo.es

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la sexualidad de los adolescentes con cáncer hospitalizados del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

Método: Se realizó un estudio descriptivo-explicativo de corte transversal en el período de junio a diciembre de 2010, en el servicio de oncopediatria de este Instituto. Para ello de un universo de 50 se extrajo una muestra de 33, a los que se les diseñó y se les aplicó una encuesta, la escala de Dembo-Rumbistein entre otros instrumentos para medir conoci-

miento, influencia de la enfermedad y el tratamiento, autovaloración y otras variables de interés para el estudio.

Resultados: Se pudo obtener que más de un 60% conoce poco, o nada sobre aspectos de la sexualidad, que el tratamiento oncoespecífico influyó en su salud sexual reproductiva, en su desarrollo ponderal y psicosocial.

Conclusiones: La sexualidad de estos adolescentes tiene un comportamiento similar a la de los adolescentes sanos en cuanto al poco conocimiento y a la expresión conductual de la misma, lo

que los hace más vulnerables por las características de la enfermedad y los tratamientos. La enfermedad y los tratamientos influyen de forma negativa en las esferas escolar, económica, y psicosocial; así como en el riesgo de infertilidad, en el desarrollo ponderal y psicosocial de estos adolescentes. Lo que impone el reto de encontrar soluciones para preservar la calidad de vida de los mismos.

Palabras clave: Adolescentes con cáncer, sexualidad, terapéutica oncológica.

ABSTRACT

Objective: To Characterize the sexuality in adolescents with cancer in the National Institute of Oncology.

Method: A cross sectional descriptive and explicative study was done, during the period from July to December of 2010, in the Pediatric service of this Institute, therefore from an universe of 50 adolescent patients, was taken a sample of 33. A Survey, The Dembo-Rumbistein Scale and others tools were designed and applied to these patients, with

the objective of estimating knowledge, disease and treatment influence, self assessment and others.

Results: The 60% of patients have a little or none knowledge about some aspects relate to the sexuality, the treatment influenced in the sexual reproductive health, in the Growth development, also in the psychological and in the social areas.

Conclusions: The sexuality in these adolescents have a similar behavior to the healthy adolescents, in the issues relate to the knowledge and the sexual

expression, making them more vulnerable, because of the characteristics of the diseases and the treatments. The diseases and the treatment also have negative influence in the school, economic status and in the psychosocial and social spheres; as well as in the risk of infertility, in the growth and development of these adolescents, therefore it is mandatory to find solutions to preserve the quality of life of them.

Key Words: Adolescents with cancer, sexuality, oncologic treatment.

INTRODUCCIÓN

El progreso en el tratamiento del cáncer se ha demostrado en la disminución de la mortalidad de los portadores de neoplasias y esto a su vez se debe en el sorprendente incremento de la sobrevivencia en tumores malignos pediátricos, que ha sido desde la introducción de la Quimioterapia, el mejoramiento de técnicas quirúrgicas y de Radioterapia, así como la aplicación de métodos de estadiamiento basados en sofisticados marcadores e imágenes^{1,2}.

A pesar de los avances antes mencionados el cáncer constituye una de las primeras causas de muerte en el mundo, en Cuba constituye la segunda causa de muerte tanto en la adultez, como en la niñez; además de que en la población en

general se diagnostican más de 28.000 casos anuales³.

El secreto fundamental en el triunfo del diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz, tanto de la afección maligna, como de las repercusiones en las esferas: física, psíquica y social está identificando las necesidades de salud del paciente evaluando los contextos biológicos, psicológicos y sociales en que éste se desenvuelve.

El cáncer ocasiona un gran impacto en la integridad de la persona, interfiriendo en el yo de la misma, difiere en el afrontamiento que tiene la persona de esta situación de salud, afecta en cualquier etapa de la vida, sobre todo en la adolescencia y la juventud, puesto que son las

etapas donde el individuo generalmente comienza a valorar con más énfasis su imagen corporal, y crea sus expectativas futuras de vida.

Es importante referirse a la etapa de la adolescencia por ser una etapa difícil, con cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, adaptada a las concepciones filosóficas y políticas creadas, es considerada como una etapa dentro del proceso del desarrollo del hombre y exclusivo del mismo^{4,5}.

La aparición de una enfermedad, sobre todo cuando es maligna, es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y preocupaciones que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesi-

dades, motivos e ilusiones de la persona afectada⁶.

Los tumores de la infancia en Oncología son generalmente muy agresivos, por lo que se les aplica mayormente los tres pilares de la terapéutica oncológica (Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía); ésto consiste en la aplicación de altas dosis de citostáticos diversos, que es el tratamiento de elección, combinándolo con la Cirugía y la Radioterapia.

Tanto el cáncer, como la terapéutica oncológica pueden repercutir de forma negativa en la esferas: biológica, psicológica y social lo cual se expresa con síntomas desagradables, afectación de la imagen corporal, reacciones psicológicas negativas como: frustración, temor, angustia; pueden constituir también un obstáculo en el logro de expectativas, afectar las relaciones interpersonales, dado por la pérdida de vínculos sociales en la escuela y en su área social, el manejo inadecuado de los padres tanto de la enfermedad, como de la etapa y los mitos sociales que subvaloran al paciente con cáncer, estigmatizándolo y preenjuiciando sus posibilidades, **sobre todo en el área sexual**, lo cual puede traer como consecuencia, que el paciente se sienta diferente, no tenga opciones en la vida, ni herramientas que le permitan manejar adecuadamente el impacto psicológico de su enfermedad, las secuelas del tratamiento y las modificaciones de ciertas expectativas.

Históricamente ha sido difícil el estudio de la sexualidad por los mitos y prejuicios de las sociedades, que ha trascendido de generación a generación. Además de que ha resultado ser un tema que resulta difícil en las conversaciones de familia y áreas de la comunidad por la razón que se ha relacionado su conocimiento con algo deshonesto y sucio. El tema de la sexualidad en los últimos 40 años ha tenido auge en la investigación, lo que se ha hecho emergente por el incremento de situaciones como el embarazo en la adolescencia, las Infecciones de Transmisión Sexual sobre todo el Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida, así como del aumento de los divorcios que puede repercutir en las relaciones familiares y crianza de los hijos.

El tema de la sexualidad en oncología resulta más difícil por la estigmatización del paciente con cáncer y la actitud que hasta hace poco ha tenido el equipo médico que lo ve como un paciente, al que hay que cubrirles sus necesidades biológicas, psicológicas, y sociales, donde la sexualidad se incluye de manera global, pero no como una esfera específica a la que hay que dedicarle gran espacio investigativo, ésto se hace aún más difícil en etapas más tempranas de la vida, que es cuando más herramientas hay que ofrecer precisamente porque la persona se prepare para el comienzo de su vida futura; además de que la sexualidad es una ruta completa en la cual muchos adolescentes desarrollan su propio sentido.

Por lo que se sostiene en este estudio la idea científica, que el desconocimiento sobre la sexualidad, las características de la etapa adolescente, la baja autoestima por las secuelas de la enfermedad y los tratamientos, la influencia inadecuada familiar, el aislamiento social por la estadía prolongada debido a los tratamientos oncoespecífico continuos y prolongados, adicionándole la pérdida de vínculos sociales y el estigma social afectan la sexualidad de los adolescentes con cáncer.

El impacto del cáncer y sus tratamientos en la esfera sexual invita a realizarse las siguientes interrogantes. ¿Los profesionales de la salud hemos trabajado en la sexualidad del adolescente con cáncer lo suficiente?, ¿Cuáles son las características de la sexualidad de los adolescentes con cáncer hospitalizados en el servicio de oncopediatria del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología?

La importancia de lograr una adecuada preparación y aceptación sexual del adolescente con cáncer, integrando los diferentes contextos biológicos cultura-

les y psicosociales así como la preparación de los padres, el equipo médico y de la sociedad donde está insertado este paciente fue lo que motivó a la realización de este estudio, recordando que la sexualidad es una necesidad de ese adolescente enfermo y aunque en ocasiones no sea necesario el coito, se necesita la expresión sexual, la proximidad y el contacto físico; Además que estamos ante varias situaciones difíciles: la etapa de la adolescencia con sus crisis típicas, el despertar de la sexualidad y la enfermedad maligna con sus tratamientos drásticos, aparejado a las múltiples complicaciones y secuelas.

Por lo que se propuso como objetivo general caracterizar aspectos de la sexualidad de los adolescentes con cáncer hospitalizados en el servicio de oncopediatria del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, y como objetivos específicos describir a los adolescentes estudiados según variables sociodemográficas y clínicas, evaluar el grado de conocimiento que tienen estos adolescentes en algunos aspectos de la esfera sexual, identificar influencia de los grupos sociales de estos adolescentes en la educación sexual y determinar posible influencia de la enfermedad y el tratamiento en la esfera sexual de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo-explicativo de corte transversal, en el período de junio a diciembre de 2010 sobre la caracterización de la sexualidad de los adolescentes hospitalizados en el servicio de oncopediatria del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. De un universo de 50 se extrajo una muestra de 33. El tipo de muestreo empleado fue el probabilístico no intencional.

Como **criterio de inclusión** se tuvo en cuenta que estuvieran comprendidos en la etapa de la adolescencia (de 11 a 19 años), hospitalizados en la institución, con consentimiento informado, con tratamiento oncoespecífico, con capacidad mental cognitiva y afectiva.

Como **criterio de exclusión**: pacientes de consulta externa, no dar el consentimiento informado, no habitar en el país, no haber recibido tratamiento oncoespecífico, estadios terminales de la enfermedad etapa tres, pacientes con dificultad cognitiva o afectiva (enfermedades psiquiátricas, retraso mental).

Se diseñaron y aplicaron: **una planilla de recogida de datos** en busca de datos generales, de la enfermedad y el tratamiento, **una encuesta** con el objetivo de evaluar nivel de conocimiento, influencia familiar, de la enfermedad y los tratamientos y **la escala de Dembo-Rubinstein**: para medir autovaloración en cuanto a diferentes constructos: felicidad, independencia, salud, resultar ser sociable y atractivo. Además se realizó **una valoración pondoestatural**, donde se utilizó el percentil de talla para la edad, peso para la edad y peso para la talla, aplicándose la técnica antropométrica, se diseñaron y aplicaron **tablas de riesgo gonadotóxico**. Se aplicó un acta de consentimiento informado. Los instrumentos fueron evaluados por 2 expertos en Psicología, 1 en Nutrición y 2 en Oncología Pediátrica.

Como variable dependiente u ordinal se utilizó la caracterización de la sexualidad, y como variables independientes o explicativas se utilizaron:

- **Etapa adolescencia**: según a años vividos correspondientes con la etapa. Se categorizó en temprana (11-13.9 años), media (14-16.9), tardía (17-19).
- **El sexo**: según condición orgánica, se categorizó en masculino y femenino.
- **Nivel escolar**: Según estudios terminados del nivel. Se categorizó en primario, secundario, preuniversitario, técnico medio.
- **Procedencia familiar**: según provincia del país que hábitat: Pinar del Río, Ciudad de La Habana, Provincia Habana, Isla de La Juventud, Matanzas Cienfuegos, Villa Clara, Santic Espíritus, Ciego de Ávila, Camaguey, Tunas, Granma, Holguín, Santiago de Cuba, Guantánamo.
- **Estructura familiar**: según convivencia de ambos padres o no. Se categorizó

en monoparental matriarcal, monoparental patriarcal, biparental, presencia de uno de los padres con el sustituto.

- **Extensión familiar**: según ontogénesis: nuclear, extensa y ampliada.
- **Vínculo de padres**: según vínculo de padres unidos o no. Se categorizó en padres unidos y padres no unidos.
- **Percápita familiar**: según promedio de entradas salariales familiares mensuales: percápita salarial muy bajo (menos 225), percápita salarial bajo (225-menos 365), percápita salarial estándar (365-menos 450), percápita salarial alto (450-menos 900), percápita salarial muy alto (mayor 900-1050, ó más).
- **Influencia en la educación sexual**: según grupos sociales influyentes. Influencia negativa: familiar, de amigos, de pareja, de profesores, ninguna influencia negativa. Influencia positiva: familiar, de amigos, de pareja, de profesores, ninguna influencia positiva.
- **Grado de conocimiento en cuanto a definición de sexualidad, Infecciones de Transmisión Sexual, y al uso de métodos anticonceptivos**: según la demostración o no del dominio sobre los aspectos. Se categorizó en mucho (más del 75%), poco (de 33 a 75%), nada (menos del 33%).
- **Fuentes de acceso al conocimiento en la esfera sexual**: según vía de adquisición. Se categorizó en familia, escuela, amigos, radio, televisión, literatura, prensa, pareja.
- **Expresión de la sexualidad**: según manifestaciones de expresión. Se categorizó en espiritual, física, social y múltiple.
- **Relación de pareja**: según tipo de relación de pareja o no. Se categorizó en no relación de pareja, relación de pareja estable y en relación de pareja inestable.
- **Contacto sexual**: según inicio o no de las relaciones sexuales. Se categorizó en no iniciadas las relaciones sexuales coitales e iniciadas las relaciones sexuales coitales.
- **Uso de anticoncepción**: según uso de métodos anticonceptivos. Se categorizó en no uso de métodos anticoncep-

tivos, uso de métodos anticonceptivos de no protección y en uso de métodos anticonceptivos de protección.

- **Diagnóstico oncológico**: según localización del cáncer. Se categorizó en Leucemias, Linfomas no Hodking, Linfoma Hodking, Tumores del Sistema nervioso central, Neuroblastoma y otros tumores de la cresta neural, Tumor de Wilms, Osteosarcoma, Sarcoma de Ewing y PNET, Sarcoma de partes blandas, Retinoblastoma, Tumores germinales (gonadales y extragonadales) Histiocitosis, Carcinoma de la infancia y otros tumores raros.
- **Influencia de la Quimioterapia en el aspecto físico**: según dosis de los citostáticos en las gónadas. Se categorizó en no Quimioterapia, Quimioterapia con poco riesgo de influir negativamente en la salud sexual reproductiva, y Quimioterapia con alto riesgo de influir negativamente en la salud sexual-reproductiva.
- **Influencia de la cirugía con intención curativa en el aspecto físico**: según la pérdida o no de miembros y órganos. Se categorizó en: no cirugía, cirugía con intención curativa no mutilante, cirugía con intención curativa mutilante.
- **Influencia de la Radioterapia en el aspecto físico**: según dosis de irradiación. Se categorizó en no radioterapia, radioterapia con poco riesgo de influir negativamente en la salud sexual-reproductiva, radioterapia con alto riesgo de influir negativamente en la salud sexual-reproductiva.
- **Tiempo de hospitalización**: acorde el tiempo en meses, se recolecta el tiempo real de hospitalización.
- **Influencia psicosocial**: según repercusión en la esfera psicosocial. Se categorizó en influencia negativa y en influencia positiva.
- **Autovaloración de felicidad, de independencia, de salud, de ser sociable, de ser atractivo**: según niveles de autovaloración. Se categorizaron en inadecuada por defecto, adecuada o normal e inadecuado por exceso.
- **Autoimagen**: según tipo de criterio personal. Se categorizó en negativa, neutra y positiva.

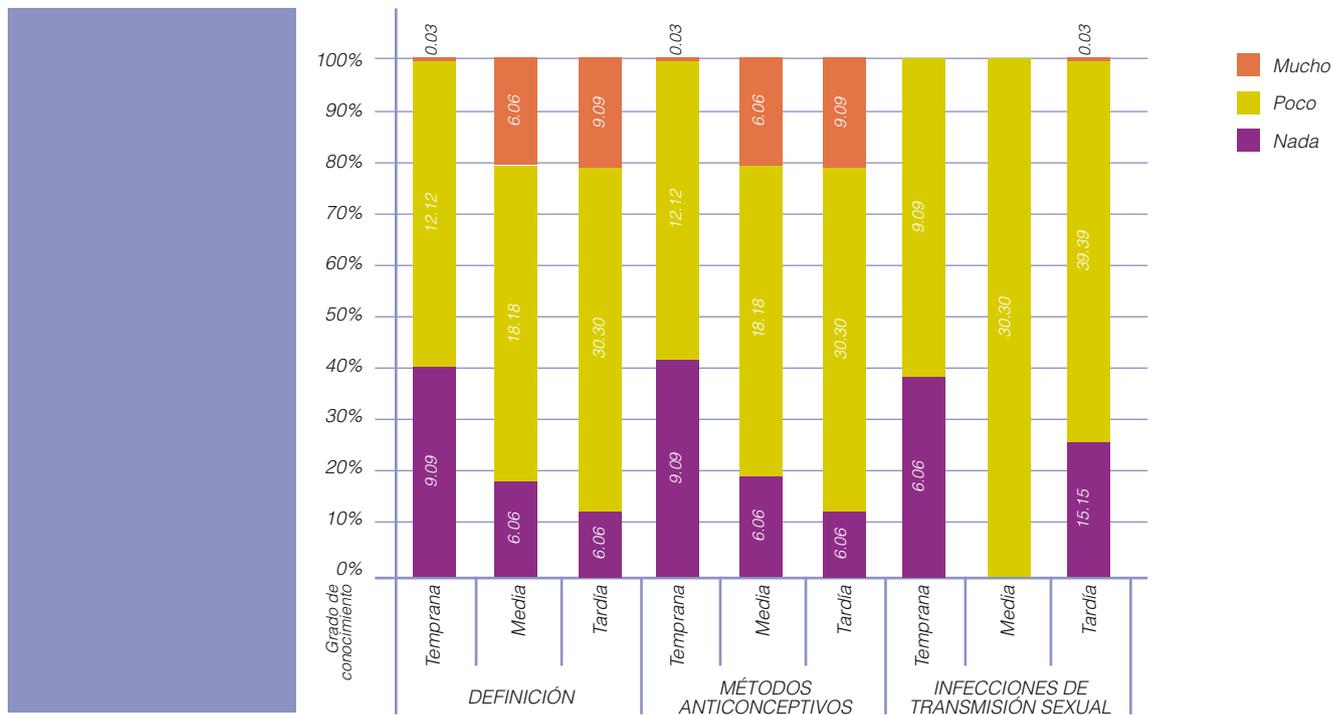


Gráfico 1. Conocimiento de aspectos de la sexualidad de los adolescentes con cáncer. Servicio de oncopediatria del INOR. 2010. Fuente: encuesta.

- **Talla en cm.** según percentil (talla para la edad). Se categorizó en talla baja, talla normal y talla alta.
- **Peso en kg.** según percentil (peso para la talla). Se categorizó en desnutrido, delgado, normal, sobrepeso y aparentemente obeso.

Método estadístico: la técnica estadística aplicada fue la descriptiva, se utilizaron series estadísticas, compuestas por escalas nominales, y escalas mixtas de intervalos abiertos y cerrados que adoptaron diferentes categorías. Los datos procesados de forma automatizada, mediante el paquete estadístico de Excel, se reflejaron en tablas estadísticas y gráficos alegóricos de variables correlacionas, el método de tabulación fue el de números absolutos y porcentos.

RESULTADOS

Para realizar la caracterización de la sexualidad de los 33 adolescentes con cáncer hospitalizados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, se distribuyó a estos adolescentes, en tres grupos etáreos según edad y sexo,

partiendo del criterio de clasificación de Olga Esther Infante Pedrería según formas que adquiere el desarrollo de la adolescencia desde el punto de vista biopsicosocial. Resultando en cuanto al sexo femenino que el 36.4% pertenecía a la adolescencia temprana, el 18.2% a la adolescencia media y el 45.5% a la adolescencia tardía. En relación con el sexo masculino el 24.2% pertenecía a la adolescencia temprana, otro 24.2% a la adolescencia media y el 51.6% a la adolescencia tardía.

En cuanto a la procedencia según provincia: 45.5% provenía de Ciudad de La Habana, 15.2% de Pinar del Río, 12.1% de las Tunas, 6.1% de Cienfuegos, otro 6.1% de Granma, 3% de Provincia Habana, 3% Villa Clara, 3% Camaguey, 3% Santic Espíritus y 3% Santiago de Cuba.

El 33.33% fue diagnosticado de Linfoma no Hodgking, el 30.31% de Osteosarcoma, el 12.12% Sarcoma de partes blandas, otro 12.12% Tumores raros de la Infancia, el 6.06%, Sarcoma de Ewing,

el 3.03 % Linfoma Hodgking y otro 3.03% Tumores del Sistema Nervioso Central.

Según la clasificación familiar se obtuvo que la mayoría de las familias fueran nucleares para un 85%, y extensas el 15% restante. En cuanto a la estructura predominó la biparental para un 52.2%, un 27% monoparental matriarcal el 27%, presencia de uno de los padres y el sustituto el 18% y monoparental patriarcal el 3%. En contraste con el resultado anterior, más de la mitad de los padres de estos adolescentes sostiene un vínculo de padres no unidos para un 52%, siendo el 48% los unidos. En relación con el familiar predominó el muy bajo para un 58% con respecto al bajo para un 27% y al estándar para un 15%.

En cuanto al nivel escolar de los grupos etáreos de los adolescentes estudiados se puede apreciar, que en una parte de ellos el nivel escolar no se correspondió con la etapa de la vida del adolescente, obteniéndose que al nivel primario perteneciera el 24.24% de la adolescencia temprana, el 6.06% de la adolescencia

INFLUENCIA				
GRUPOS SOCIALES	POSITIVA		NEGATIVA	
	NO	%	NO	%
Familia	28	84.84	2	6.06
Profesores	8	24.24	1	3.03
Amigos	5	15.15	1	3.03
Parejas	1	3.03	1	3.03

Tabla 1. Influencia de grupos sociales en la educación sexual de estos adolescentes. Servicio de oncopediatria del INOR. 2010. Fuente: encuesta.

media, y el 3.03% de la adolescencia tardía. Al nivel secundario pertenecía el 24.24% de la adolescencia media y el 15.15% de la adolescencia tardía. Al nivel preuniversitario pertenecía el 12.12% de la adolescencia tardía y al nivel técnico medio pertenecía el 15.15% de la adolescencia tardía. El dato anterior del atraso escolar se debe en gran medida con el tiempo hospitalización prolongado, donde el 54.54% tenía un tiempo de hospitalización mayor de un año, con respecto a los de hospitalización menor de un año que eran el 45.45%.

En cuanto al grado conocimiento de los adolescentes sobre aspectos relacionados con la sexualidad, se pudo constatar que la mayoría de los adolescentes de los tres grupos etáreos saben poco sobre: su definición, métodos anticonceptivos e Infecciones de Transmisión Sexual, para un 60.60%, otro 60.60% y un 78.78% respectivamente, de éstos representando más del 50%, así como no saben nada de estos aspectos para un 15.18%, otro 15.18% y un 0.03% respectivamente (gráfico 1).

En relación con la influencia de los grupos sociales en la educación sexual de los adolescente con cáncer del presente estudio, se pudo apreciar que la influencia positiva en la educación sexual predominante fue la familiar para un 84.84%, en menor cuantía en el 24.24% influyeron los profesores, en el 15.15 % los amigos y en el 3.03% la pareja. La mayoría de ellos expresan que los padres y hermanos les

hablan de las Infecciones de Transmisión Sexual, del condón, los aconsejan en cuanto a las primeras relaciones sexuales y les brindan confianza. La influencia negativa estuvo relacionada con la inducción de los masculinos a la promiscuidad, el no dar explicación a las féminas sobre aspectos relacionados con la sexualidad, la presencia de profesores inexpertos, amistades promiscuas y parejas irresponsables (tabla 1).

En cuanto a las fuentes de acceso al conocimiento en la esfera sexual más frecuentes fueron: la familia, la escuela y la televisión, cada una de ellas para un 81.81%, siguiéndole la de amigos para un 69.69%.

En cuanto a la influencia de los pilares de tratamiento en la sexualidad de estos adolescentes en la cirugía con intenciones curativa, el 57.57% no estuvo expuesto al tratamiento, el 27.27% estuvo expuesto a la cirugía mutilante, así como el 15.15% a la cirugía no mutilante.

En relación con el riesgo negativo de la Quimioterapia y la Radioterapia en la salud sexual y reproductiva se pudo obtener que el tratamiento oncoespecífico más usado fue el de la Quimioterapia, pues es el más usado en la Oncohematología pediátrica, dentro de la Quimioterapia, predominó la Quimioterapia con alto riesgo de influir negativamente en la función sexual y reproductiva para un 93.94%, sólo el 6.06% no representaba riesgo de influir en la

salud sexual y reproductiva. En cuanto a la Radioterapia un 42.42% representaba con bajo riesgo de influir negativamente en la salud sexual, otro 42.42% ningún riesgo de influir y el 15.16% un alto riesgo de influir (tabla 2).

Con relación al desarrollo estatural de estos adolescentes resultó normal ya que el 96.96% resultó ser de talla normal, y sólo un 3.03% resultó ser de alta talla, lo cual estaba relacionado con la herencia familiar. En cuanto a la distribución de los adolescentes con cáncer según percentil peso para la talla, se pudo apreciar que el desarrollo de más de la mitad para un 54.54% resultó normal, aunque se detectaron adolescentes que se encontraban en los percentiles probablemente obeso para un 15.15% y sobrepeso para otro 15.15%. En el percentil desnutrido se encontraba el 9.09% y en el de delgado el 6.06%.

Se puede observar que la autovaloración en la categoría de felicidad en la mayoría fue inadecuada por exceso para un 72.72%, porque según referían contar con la ayuda y el amor de la familia, en este momento difícil de enfermarse, el 15.15% fue normal y el 12.13% fue inadecuada por defecto. La autovaloración en la categoría de independencia fue inadecuada por defecto en casi la mitad de ellos para un 48.48%, los cuales referían que dependen de sus padres en muchos aspectos, sobre todo ahora en cuanto a la hora de tomar decisiones con respecto a la alimentación, paseos

TRATAMIENTO	QUIMIOTERAPIA		RADIOTERAPIA	
RIESGO	NO	%	NO	%
Alto	31	93.94	5	15.16
Bajo	0	0	14	42.42
Ninguno	2	6.06	14	42.42
Total	33	100	33	100

Tabla 2. Riesgo de influencia negativa de la Quimioterapia y la Radioterapia en la salud sexual y reproductiva de estos adolescentes. Servicio de oncopediatria del INOR. 2010. Fuente: planilla de recogida de datos, tablas de riesgo Gonadotóxico.

y otras actividades de la vida cotidiana, que antes no presentaban restricciones para ellos, en el 30.30% fue inadecuada por exceso y normal en el 21.22%. Con relación a la dimensión de autovaloración de salud en más de la mitad para un 57.58% resultó ser por defecto, refiriendo los mismos que enfrentan una enfermedad prolongada, de difícil curación o sin cura, en un 21.21% fue inadecuada por exceso y en otro 21.21% fue normal. La autovaloración en la dimensión de ser sociable en más de la mitad de ellos para un 60.60% resultó ser por exceso ya que la mayoría se sienten sociables y comunicativos, en el 27.27% resultó ser inadecuada por defecto y en el 12.13% resultado ser normal. El 45.46% resultó con una autovaloración en la dimensión de ser atractivo normal, el 39.39% inadecuada por exceso y en un 15.15% resultó por defecto. Con relación a la autoimagen el 69.69% resultó positiva, el 27.27% neutra y el 3.03% negativa.

En cuanto a la conducta sexual de estos adolescentes en relación con la expresión de la sexualidad el 60.60% tiene una forma de expresarse múltiple, el 24.24% espiritual y el 9.09% física.

Se analizó la relación de pareja y el inicio de las relaciones sexuales coitales de estos adolescentes con cáncer, constatándose que más de la mitad de ellos no tiene relación de pareja, para un 66.66%, el 27.2% tiene relación de pareja estable y el 6.06% relación de pareja inestable; sin embargo más de la mitad ya iniciaron

las relaciones sexuales coitales para un 57.57%.

Se pudo obtener que más de la mitad usaba métodos anticonceptivos de protección para un 51.51%, y una parte importante para un 45.45% no usaba los métodos de anticoncepción lo cual coincide con los que no han iniciado sus relaciones sexuales, lo que demuestra que la gran mayoría de los que iniciaron sus relaciones sexuales usan métodos de protección, sólo un 3.03% usaba métodos de no protección.

Con relación a la influencia de la enfermedad y los tratamientos en la esfera psicosocial de estos adolescentes, en cuanto a los aspectos negativos que afectan a estos adolescentes: al 60.60% le afectaba el aislamiento social, al 54.54% el temor a la relación de pareja y el temor a la recaída, al 51.51% el temor a no tener hijos, al 30.30% el cambio de entorno, al 18.18% el temor al rechazo social y cambios de apariencia, al 15.15% repercusión en la relación de pareja, limitaciones en horarios paseos y baja autoestima. En cuanto a la influencia positiva desde el punto de vista psicosocial el 21.21% refirió aprender a valorar a la familia y el 12.12% aprender a valorar la vida.

DISCUSIÓN

Como podemos percatarnos más de la mitad no era de Ciudad de La Habana, donde esta situado el Instituto de Oncología, lo cual podía repercutir en la socialización y en el componente afectivo

de los mismos al estar alejados de su entorno.

El Linfoma no Hodking resultó ser el más frecuente ya que ocupa el segundo lugar de diagnóstico más frecuente en la oncohematología pediátrica, pues en las estadísticas del mundo y nacionales así se refleja, y en el caso del osteosarcoma, ha sido uno de los más frecuentes por tres años consecutivos a nivel nacional, aunque ocupa el sexto lugar en la epidemiología del cáncer oncopediátrico^{1,2,3}.

El hecho de que la mayoría de la familias son nucleares pudiera dar la medida de una mejor comunicación, ya que según los autores de la Revista Cáncer y otros estudios internacionales está demostrado que existe una mejor comunicación en las familias nucleares con respecto a las extensas y las ampliadas donde hay más generaciones y es más difícil la interacción de sus miembros. Por otra parte la mayoría de las familias eran biparentales, lo cual demostró que los adolescentes pertenecientes a estas familias contaban con la presencia de ambos tutores, que debían ocuparse de la educación de los mismos y asumir el rol de los cuidados de la familia durante la enfermedad, según los autores de la Revista Cáncer, estudios evidencian que la presencia de ambos tutores beneficia la adaptación a la enfermedad. Otros estudios demuestran cómo la presencia del sustituto y de hermanos de diferentes matrimonios pueden afectar las relaciones familiares^{7,8}.

En contraste con el resultado anterior, más de la mitad de los padres sostienen el vínculo de no unidos, lo cual no es favorable, ya que lo importante no es que estén los padres presentes, ni que estén casados, sino que mantengan un vínculo unido en cuanto a sostener una buena comunicación e interacción, para lograr una buena adaptación del adolescente a los cambios de la etapa, a la enfermedad y al tratamiento cruento. Según los autores de la Revista Cáncer estudios de padres de niños que padecen la enfermedad, demuestran cómo se hace más difícil la adaptación familiar a la situación de salud, a la crianza y la educación de los hijos, cuando un solo padre es el que tiene que asumir el rol paterno. En un estudio de madres solteras de niños con cáncer, se pudo evidenciar como éstas, además de enfrentarse a los problemas que conlleva un cáncer infantil, tenían que enfrentarse a la soledad, a la falta de apoyo íntimo y a la responsabilidad: económica, educacional y laboral. El divorcio se ha convertido en un problema mundial, que incluye a los adolescentes de modo general, y el adolescente con cáncer no está excepto de esto. El estudio "aspectos vivenciales de adolescentes sobrevivientes de cáncer" demuestra que la enfermedad va a incidir sobre la estructura familiar ya que hay una relativa tasa elevada de divorcio entre los padres de estos niños que padecieron cáncer y de cierto abandono con los otros hijos; adicionando que hay mayores conflictos en estas familias, las cuales tienen una mala vinculación, y que estos hijos en un futuro corren el riesgo de tener relaciones de pareja conflictivas^{7,8}.

La explicación de que el percápita familiar de la mayoría de estos adolescentes está en la categoría de bajo y muy bajo pudiera ser porque se desvinculan los padres de sus centros de trabajo que son los cabezas de familia y constituyen el mayor aporte económico a las familias con respecto al resto de los otros familiares; además de los gastos considerables por las características de la enfermedad y los tratamientos en cuanto a preferen-

cias familiares del paciente relacionada con la alimentación, los objetos de índole personal, entre los necesarios para mejorar la imagen corporal como pelucas, pañuelos y otros atuendos que están generalmente vinculados con la expresión de la sexualidad. Según los autores de la Revista Internacional Cáncer, un estudio de pacientes supervivientes de Linfoma no Hodgking demuestra que éstos son más propensos al estrés y a la depresión, producto a la Quimioterapia intensa y el estatus socioeconómico⁷.

Estudios internacionales y nacionales de adolescentes con cáncer, demuestran que el tiempo prolongado de hospitalización, que se requiere por los tratamientos prolongados oncoespecíficos, influyen en el atraso escolar, lo cual pudiera repercutir en la formación del adolescente en las diferentes esferas incluyendo la sexual. Según los autores de la Revista Cáncer un estudio de adolescentes amputados con osteosarcoma, demuestra cómo el bajo nivel educacional de éstos, influye negativamente desde el punto de vista físico, psicológico y social, que incluye: problemas de autoestima baja, de autovaloración por defecto y dificultades en las relaciones interpersonales^{7,9}.

Los resultados de que los adolescentes sepan poco o nada acerca de aspectos de la sexualidad como: definición, uso de métodos anticonceptivos e Infecciones de Transmisión Sexual se corresponden con otros de estudios internacionales y nacionales de adolescentes aparentemente sanos, donde existe un déficit de conocimiento de estos aspectos de la sexualidad. Según los autores de la Revista Internacional Cáncer citada anteriormente, estudios de casos de adolescentes con cáncer arrojan similar desconocimiento en la esfera sexual, donde tiene una mayor relación la falta de vinculación con el centro escolar, que es donde se obtiene el mayor aporte teórico mediante los diferentes métodos y asignaturas relacionadas con este tema. Ésto a su vez se relaciona con otros estudios de estos mismos autores, los cuales

reflejan que comparando al adolescente con cáncer con otros adolescentes aparentemente sanos, éstos están en desventaja en cuanto a la adquisición del conocimiento de salud sexual y reproductiva, además de que la desvinculación de su marco social pudiera repercutir en cuanto a que tengan dificultad en las relaciones interpersonales y en la aceptación de la imagen corporal si estuviese afectada, adicionándole de que los grupos sociales pudieran adoptar una posición paternalista, al no hablarles de estos temas porque los ven vulnerables⁷.

Los adolescentes con cáncer de este estudio, conocen poco o nada acerca del concepto de la sexualidad pues la mayoría lo vinculó con el acto sexual, la procreación y los cambios del organismo, cabe analizar que un bajo porcentaje de ellos lo relacionó con el factor psicológico y social, otros no saben ni tan siquiera qué es porque a lo mejor la palabra sexo le hubiese sido más familiar. Según autores la sexualidad no se puede reducir sólo al coito (penetración del pene en vagina) los besos, las caricias y el componente afectivo forman parte de está y son importantes también. En un estudio nacional sobre el conocimiento de la sexualidad en adolescentes supuestamente sanos, pudo apreciarse similares resultados, ya que la mayoría de estos adolescentes tenían un concepto incorrecto sobre la sexualidad para un 91.1%, limitándola al componente biológico de la misma, sin tener en cuenta los componentes psicológico y sociocultural^{7,10}.

De los adolescentes con cáncer del presente estudio la mayoría señaló el condón como método anticonceptivo de protección, ésto se debe al incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual en el mundo, es importante señalar cómo estos adolescentes refirieron que el condón es importante para evitar el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el embarazo pero no lo relacionaron con la importancia de protegerse por la inmunosupresión derivada de los tratamientos pues en estos adolescentes

aumenta el riesgo de adquirir infecciones en el sistema genitourinario, por tanto características de la pareja como la fidelidad no funcionarían en este caso, además de desconocer de otros métodos anticonceptivos. Ésto se asemeja a un estudio nacional con adolescentes aparentemente sanos de San Miguel del Padrón, en el que se pudo conocer que los adolescentes señalaban al condón como el mejor método anticonceptivo en esta etapa de la vida, además de ser el ideal para evitar las enfermedades de transmisión sexual, lo cual denota al igual que en los adolescentes con cáncer del presente estudio su conocimiento al menos de un método de protección¹¹.

Entre las infecciones que la mayoría de los adolescentes con cáncer señaló se encontraron solamente el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida, la Blenorragia y la Sífilis, este dato coincide con un estudio de adolescentes supuestamente sanos, que reflejó el conocimiento que tenían los mismos sobre algunas de las Infecciones de Transmisión Sexual, entre las cuales se destacaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida como conocido por el 100% de estos jóvenes, siguiéndole la Blenorragia con el 65% y la Sífilis con un 63.4%. El estudio con adolescentes de San Miguel del Padrón, arrojó similares resultados ya que el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida y la Sífilis fueron las principales enfermedades de transmisión sexual conocidas por estos adolescentes para un 100% y 82% respectivamente. El trabajo de la Dra. Pérez Palmero arrojó similar resultado a los estudios anteriores, ya que también las infecciones más conocidas por los adolescentes estudiados fueron el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida, la Gonorrea y la Sífilis, sin embargo, esos conocimientos no se traducen por la autora, en una conducta sexual segura ya que los mismos realizaban actividades sexuales sin la adecuada protección^{11,12}.

En contraste con la presente investigación un estudio colombiano de adoles-

centes aparentemente sanos demuestra cómo la mayoría de los padres con desventaja social de adolescentes no intercambian aún el tema sobre la sexualidad con los adolescentes, lo cual está relacionado con el bajo nivel cultural de los mismos; este dato a su vez se corresponde un poco con estudios internacionales de adolescentes con cáncer, los cuales demuestran, que ellos no siempre cuentan con el apoyo familiar, ya que les cuesta trabajo reconocer el crecimiento de éstos, pero en este caso está vinculado con la sobreprotección debido a la enfermedad de sus hijos^{7,13}.

Se puede interpretar a partir de los resultados de las fuentes de acceso del conocimiento predominante, que lo mismo fue por las siguientes razones: la vinculación a la familia se hace necesario por la enfermedad difícil que transitan, la escuela es la que proporciona al estudiantado el mayor aporte teórico de conocimiento en diferentes aristas incluyendo la esfera sexual, que se incluye en el aprendizaje escolar desde épocas muy tempranas, mediante el juego de roles y otras asignaturas, la televisión es la media más difundida a nivel nacional según investigaciones, la relación con el grupo de coetáneos constituye la actividad rectora en la etapa adolescente, y es oportuno recordar que una buena parte de estos adolescentes llevan una desvinculación con su entorno social de menos de un año^{14,15}.

Estudios de casos internacionales de adolescentes con cáncer demuestran como le son vedados los temas de la sexualidad, al obtener la información por fuentes informales como: la televisión, prensa, husmeos en conversaciones de adultos lo cual pudiera estar estrechamente relacionado con la sobreprotección de los padres y la subestimación del resto de los grupos sociales. Un estudio nacional sobre el comportamiento sexual de adolescentes supuestamente sanos, demostró que las fuentes de información más frecuente donde se nutrían los adolescentes para la adquisición de los conocimientos fue la de amigos para un

95%, ya que referían que con los amigos se documentaban sobre sus curiosidades de la esfera sexual. También el 64.7% manifestó que la escuela es una fuente de información, el 64.5% señaló a los medios masivos de comunicación, el 58.8% a los padres, el 56.8% a los hermanos mayores, y el 50% a la pareja. Como se puede apreciar, estos resultados no distan mucho de los obtenidos en el presente estudio^{7,11,12}.

El estudio nacional realizado por la Doctora Imia García sobre la sexualidad de adolescentes aparentemente sanos arrojó que la información previa sobre sexualidad la obtenían de amigos y compañeros y no de los padres, ésto pudiera estar condicionado por la actitud negativa de estos últimos ante la sexualidad de los adolescentes. Muchos autores reafirman la importancia de que exista una buena comunicación de padres y adolescentes en todos los aspectos de la vida, y la sexualidad no debe de excluirse pues es uno de los aspectos que más preocupación produce en esta etapa. Similar al estudio anterior el 97.8% de los estudiantes de la investigación de la Doctora Marta Díaz había recibido información sobre educación sexual, pero al analizar las vías sobresalía la obtenida por amigos, le siguen los libros y los profesores. Es importante recordar que el grupo de amigos juega un rol fundamental en el desarrollo de la personalidad, y que los procesos conductuales del adolescente están determinados por las normas y valores del grupo al cual pertenece, por lo que estos resultados obtenidos coincidieron con las características del desarrollo de esta etapa de la vida. Estudios internacionales han demostrado en pacientes activos en el tratamiento del cáncer, que sus madres y amigos fueron las mejores fuentes de apoyo, y ésto incluía la flexibilidad y el intento de conducir la vida de ellos a la normalidad^{7,11,12}.

Aunque se observa la cirugía mutilante en un porcentaje bajo de adolescentes no deja de ser relevante ya que estudios de casos de adolescentes con cáncer demuestran

cómo la pérdida de un órgano o miembro y la deformidad derivada de la cirugía puede ser frustrante en cuanto al logro de expectativas y el despliegue de actividades sociales e influye de forma negativa en la autovaloración y autoimagen. La Quimioterapia es el tratamiento más usado porque la gran mayoría de los esquemas de tratamiento oncoespecíficos contienen agentes gonadotóxicos, sobre todo los de los pacientes diagnosticados como Linfomas no Hodking, a los cuales se le administran protocolos de tratamiento que contienen en su mayoría agentes akilantes, que suelen ser los más gonadotóxicos. La Quimioterapia induce a daños a nivel gonadal, sobre todo aumenta este riesgo cuando contiene elevadas dosis de agentes akilantes. Por otra parte la Radioterapia con alto riesgo de influir de forma negativa en la salud sexual y reproductiva, influyó en menor cuantía, pues es menos usada que la Quimioterapia y se adiciona a esquemas de mala evolución o a un esquema en particular^{1, 7, 16}.

En cuanto a la distribución de los adolescentes con cáncer según percentil peso para la talla, se pudo apreciar que el desarrollo de más de la mitad resultó normal, aunque se detectaron adolescentes que se encontraban en los percentiles probablemente obeso y sobrepeso por el tratamiento con altas dosis de esteroides. Los bajos de peso se explican por la anorexia propia de la enfermedad y los tratamientos citotóxicos y radiantes que dificultan la correcta alimentación, esto se corresponde con estudios internacionales de pacientes adultos y pediátricos que padecen cáncer y se les aplica el tratamiento radiante y quimioterapéutico. En estudios internacionales de adolescentes supuestamente sanos a diferencia de estudios de adolescentes con cáncer, vemos como la causa de la obesidad fundamentalmente está relacionada con el sedentarismo, el clima frío, malos hábitos dietéticos, particularmente relacionado al consumo de grasa. Este problema se ha incrementado en los últimos 30 años principalmente en países desarrollados y en vías de desarrollo^{17, 18, 19}.

El hecho de que casi la mitad tenga una autovaloración de independencia por defecto se puede explicar porque, se considera normal que en la etapa adolescente se tenga dependencia de los padres, en cuanto al sustento y otros aspectos. La dependencia puede aumentar en los casos de los adolescentes con cáncer por las decisiones que hay que tomar en conjunto padres e hijos y por la limitante derivada de la enfermedad y el tratamiento. El estudio de adolescentes supervivientes del cáncer demuestra lo restrictivos que se muestran los padres de los mismos, no sólo durante el tratamiento, sino también durante la sobrevida de la enfermedad. Estos hallazgos coinciden con los estudios de autores de la Revista Cáncer, que plantean que justo cuando ellos comienzan a separarse de los padres sufren el régimen del tratamiento drástico del cáncer, lo cual puede traer consigo un retroceso en su desarrollo psicosocial, imponiendo una dependencia tanto confortadora, como inquietante^{7, 8}.

Es importante señalar que los resultados de que la mitad tengan una autovaloración de salud por defecto puede ser debido a que el cáncer va acompañado generalmente de una afectación del componente afectivo, por lo difícil de la enfermedad y del tratamiento. Estudios internacionales demuestran que los adolescentes con cáncer se sienten en desventaja en cuanto a la salud con respecto a otros adolescentes aparentemente sanos. Es importante señalar que la relación del adolescente con el grupo de coetáneos es fundamental en el desarrollo de la personalidad y que constantemente éste está comparándose con el mismo, de esto se desprende que el padecimiento de una enfermedad como el cáncer, trae consigo una serie de cambios en la vida del adolescente que pudiera dificultar la relación con el grupo de coetáneos, lo cual pudiera repercutir negativamente desde el punto de vista psíquico y social^{7, 8}.

Aunque la mayoría se autovalora socialmente, cabe señalar que estudios de casos

internacionales demuestran cómo los adolescentes con cáncer no se autovaloran sociales por las características del tratamiento de ser prolongado, de aislar de las actividades sociales y de ocasionar secuelas^{7, 8}.

El resultado obtenido de que una buena parte de ellos para un 45.45% tiene una autovaloración normal de ser atractivo se debe a que estos adolescentes reciben ayuda psicológica por parte del equipo de psicología de la institución. Se identificó que más del 50% tiene una autoimagen positiva, ya que los mismos refieren que están de acuerdo con su desarrollo y crecimiento sexual, coincidiendo estos adolescentes con los que se autovaloran en cuanto a lo atractivo normal y por exceso. En contraste con el resultado anterior estudios de casos internacionales de adolescentes con cáncer arrojan que éstos en la mayoría de los casos tienen un sentimiento negativo con respecto a su imagen corporal, debido a las secuelas del tratamiento y que esto puede traducirse como baja autoestima, lo cual da la medida de la importancia de la ayuda psicológica⁷.

El resultado de que la expresión de la sexualidad predominante sea la múltiple se corresponde con la etapa adolescente, donde es normal tener varias manifestaciones en la busca de lo nuevo, que incluye la esfera sexual. Cabe señalar que la expresión espiritual se correspondió con el sexo femenino, mientras que la física se correspondió con el masculino. El estudio internacional "actitudes sexistas y rol de género" en adolescentes supuestamente sanos demuestran que las chicas tienen una expresión de la sexualidad más espiritual, menos centrada en los aspectos genitales, y valoran más los aspectos de la relación, mientras que los varones tienen la tendencia de una expresión física, lo cual debe estar vinculado al machismo de las sociedades. En concordancia con el estudio anterior, el estudio de la doctora Marta Díaz demuestra que en comparación con los chicos, las adolescentes valoran más los aspectos afectivos de

la sexualidad, ya que obtuvo que alrededor del 60% consideraban que lo más importante era el amor, mostraban mayor rechazo hacia la pornografía, iniciaron más tarde las relaciones sexuales y tenían tendencia a las relaciones más formales, así como el primer compañero sexual fue el novio en aproximadamente el 90% de las adolescentes con una relación de pareja estable, y con un número medio de compañeros sexuales menor que el de los varones^{12,20}.

En cuanto al resultado de los que empezaron las relaciones coitales y no tienen relación de pareja, puede responder a que resulta típico en la etapa no darle importancia a la relación de pareja, o al no querer implicarse en la relación de pareja por las características de la enfermedad y el tratamiento. El estudio de la doctora Jeddu Cruz Hernández, sobre la sexualidad con adolescentes supuestamente sanos arrojó similares resultados en cuanto a que la mayoría habían iniciado sus relaciones sexuales para un 61.7%, lo cual está relacionado con el despertar de la sexualidad en esta etapa. En otros estudios internacionales con adolescentes supuestamente sanos se pudo observar un comportamiento similar a esta investigación ya que arrojó que en los Estados Unidos las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales en el 56% de esta población, mientras en los varones la cifra corresponde a un 73%, ocupando el primer lugar en embarazos en la adolescencia dentro de los países desarrollados, a pesar que en los países europeos la actividad sexual comienza en edades más tempranas. Otros estudios internacionales demuestran cómo el inicio de las relaciones sexuales coitales y su protección puede estar relacionado con un déficit de conocimiento. Se puede reiterar como ejemplo el estudio colombiano, con desplazados de la sociedad. El mismo reflejó el bajo nivel cultural de las personas estudiadas, y cómo la mayoría desconocían de métodos anticonceptivos, menospreciaban los beneficios del condón y referían que lo más importante era la fidelidad, además de referir que

el condón se usaba para planificación familiar y que esto era responsabilidad de la mujer^{8,13,21}.

Más de la mitad usa métodos anticonceptivos de protección, ya que el método más utilizado en las últimas décadas en los adolescentes a nivel mundial es el preservativo, que ha desplazado a la píldora, lo cual se debe en gran medida al incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual, en especial el Virus de Inmunodeficiencia Humana, la libertad sexual en cuanto al incremento de pareja, algunas percepciones sobre la píldora como el miedo a engordar o que la píldora es cosa de mayores, una mejor imagen entre los jóvenes del preservativo (sabores, colores) y que el uso del preservativo no requiere ir a la consulta médica. Es importante señalar que en Cuba el tema de la protección es frecuentemente difundido en las diversas dianas de comunicación, en especial la televisión que como se vio anteriormente es la diana más accesible a estos adolescentes. El resultado de que los métodos más utilizados en los adolescentes con cáncer fueron los de protección, coinciden con los resultados obtenidos por la Doctora Jeddu en su investigación, en donde el método más utilizado por los adolescentes supuestamente sanos fue el condón, con un 75.6%^{8,11}.

Con relación a la influencia de la enfermedad y los tratamientos en la esfera psicosocial de estos adolescentes, se pudo obtener que los aspectos negativos que afectaban a más del 50% se correspondía, con resultados de estudios de otros adolescentes que vivenciaron el cáncer, que además de afectarles el aislamiento social, el temor a la recaída, a la relación de pareja, y a no poder procrear, les afectaba el temor a la muerte. El hecho de que al 60.60% de los adolescentes con cáncer del presente estudio, de los que se autovalora por exceso, les afecta el aislamiento social, puede ser precisamente porque el relacionarse socialmente para ello es de vital importancia. Otros estudios de casos internacionales de adolescentes con cáncer demuestran

al igual que el presente estudio, como existen numerosos impedimentos al despliegue de las relaciones románticas, en los mismos, además del sentimiento de no sentirse atractivos y ser diferentes, derivados del miedo a tener pareja debido a las secuelas del diagnóstico y del tratamiento. Estos estudios también demuestran cómo el aislamiento social puede postergar el desarrollo de las habilidades sociales requeridas para la iniciación de las relaciones sociales, además de influir en su bajo rendimiento escolar, empeoramiento en las relaciones de amigos y problemas en el desarrollo del primer romance. De igual forma estudios nacionales de adultos con padecimiento de cáncer y tratados con los tres pilares del tratamiento oncológico arrojaron similares afectaciones psicosociales como: preocupación por la esterilidad, por la relación de pareja, preocupación por el cambio de apariencia, por la cicatriz, por las ostomías y en especial las féminas por la mastectomía, adicionándole el temor de los hombres a la disfunción sexual, a la impotencia y el miedo al dolor^{6,7,8}.

CONSIDERACIONES FINALES

La sexualidad de los adolescentes con cáncer tiene un comportamiento similar a la de los adolescentes sanos en cuanto al poco conocimiento y a la expresión conductual de la misma, lo que los hace más vulnerables por las características de la enfermedad y los tratamientos. La enfermedad y los tratamientos influyen de forma negativa en esferas muy importantes de estos adolescentes, como son la escolar, económica, y psicosocial, las cuales deben tenerse en cuenta desde el punto de vista intersectorial. Al ser la familia el grupo social que más influye positivamente en la educación sexual de los adolescentes estudiados, nos permite diseñar estrategias de trabajo con la misma, para lograr mejor adaptación de los adolescentes con cáncer a esta etapa de la vida y a su enfermedad. La enfermedad y los tratamientos influyen de forma negativa en el riesgo de infertilidad, en el desarrollo ponderal y psicosocial de estos adolescentes, lo que

impone un reto a los profesionales en la búsqueda de soluciones para preservar la calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la siguiente investigación, producto de la ayuda de un colectivo de colaboradores, y mi esfuerzo personal a

mis pacientes (los que viven y los que desgraciadamente ya no están), puesto que ellos han sido la razón de mis servicios profesionales y de esta investigación, a mi tutora de tesis de maestría la psicóloga Coralia Massip Pérez, la cual desafortunadamente murió, a mi madre Ida Hernández Oliva, por su apoyo

incondicional, y porque a ella le debo todo lo que he alcanzado en la vida desde todos los puntos de vista y a mi sobrinita Jennifer Marquetti Jiménez por ser el motor impulsor en cada paso que doy en la vida. ☺

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Devita V. Principios y práctica de oncología. 7ma ed. Estados Unidos: Lippincott William; 2005.
2. Wiley J., Assessing the health care needs of adolescent and young adult cancer and survivors. *Cancer journal*. December 15 2006; 107(9): pages 2745- 2970.
3. Abad A. Guía práctica. Tumores sólidos. Indexed for medline; 2007 [Cited 2007 /2 /10]. Disponible en: <http://www.pubmed.gov/>
4. Robert C., Kolodny M.D., William H., Máster M.D. Tratado de Medicina sexual. Edición revolucionaria. Ciudad de La Habana: Editorial científico técnica; 1988.
5. Núñez de Villavicencio F. Psicología y salud. 2 da ed. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
6. Grau J., Llanta M.C., Chacon M., Fleites G. La sexualidad en pacientes con cáncer: Algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev. Cubana Ñoclo*. 1999; 15(1): 49- 50.
7. Wiley J., walking two world, Adolescent and young adult cancer. *Cancer journal Supplement*. October 1, 2006; vol. 107(7).
8. Cubillos P., Almonte C., Esperanza E. Aspectos vivenciales en adolescentes que sobrevivieron a un cáncer de la infancia. *Rev. de pediatría*. 2003; Vol.67(7).
9. Jiménez A.I., Castillo M.A., Orue I., Quintero D. Estado actual del aprendizaje en los adolescentes ingresados en el servicio de oncopediatria 2002- 2004. Indexed for medline; [Cited 2005/ 12/ 12]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones>.
10. Díaz M., Barroso A., Hernández C. Sexualidad en la adolescencia. Indexed for Medline; [Cited 2002/ 3/ 2]. Disponible en: www.pubmed.gov.
11. García Imia I., Ávila E., Lorenzo A., Lara M. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. *Rev. Cubana Pediatr*, Sept- Dec. 2002; Vol.74, no.4.
12. Díaz M., Barroso A., Hernández C. Sexualidad en la adolescencia. Indexed for Medline; [Cited 2002/ 3/ 2]. Disponible en: www.pubmed.gov.
13. Veladía M.A. ¿Ofertan los Servicios lo que el cliente quiere?, Etnografía sobre Salud Sexual y Reproductiva en Desplazados viviendo en Soacha. [Cited 4 de febrero del 2002]. Disponible en: www.pubmed.gov.
14. Fernández J., Báez E., Dihigo T. Conocimientos sobre el VIH/ SIDA en las mujeres matanceras. [Cited 2004/ 2/ 2]. Disponible en: www.pubmed.gov.
15. Gonzáles L. Salud Sexual y Reproductiva en Estudiantes Universitarios. ¿Modo y Estilo de Vida Saludables?, Un diagnóstico. *Rev. De humanidades médicas*. [serial on line] 2003 Ene - Abr; 3 (1).
16. Alfonso L. Cáncer. Preguntas y respuestas. España: 2001.
17. Medin G. Tipos de cáncer. [Cited 2005/ 3/ 9]. Disponible en: www.childhoodcancerawareness.org/ccancer.htm
18. Instituto Nacional del Cáncer en España. Aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Indexed for medline; [Cited 2006/ 11/ 4]. Disponible en: www.pubmed.gov.
19. Instituto Nacional del Cáncer en España. Efectos tardíos del tratamiento anticanceroso en la niñez. Indexed for medline; [Cited 27 de junio Del 2008]. Disponible en: www.pubmed.gov.
20. Domínguez Y. Actitudes sexistas y rol de género. Indexed for medline; [Cited 2006/ 5 /7]. Disponible en: www.pubmed.gov.
21. Antona A. sexualidad y anticoncepción. *Rev ped*. 2005; IX (2): 92- 100.
22. Cruz J., Isla A., Hernández A. et al. Anticoncepción en la adolescencia. *Rev. Cubana Endocrina*. 2007;18(1).
23. Torres Rodríguez B. Hablemos de sexualidad. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.
24. Martínez M. Infecciones de transmisión sexual. Edición Miriam Martínez. Centro nacional de ITS. Cuba: 2007.
25. Cáncer. *Rev. de pediatría chilena*. 2006; Vol. 2(2).
26. Sánchez G. Dimensiones antropométricas y controles de calidad. Vol. 2. Ciudad de La Habana: Editorial pueblo y educación; 1987.
27. Aliño M., López J., Navarro R. Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Rev. Cubana Medicina general*. 2006; Vol. 22(1).
28. Díaz M., Barroso A., Hernández C. Sexualidad en la adolescencia. Indexed for Medline; [Cited 2002/ 3/ 2]. Disponible en: www.pubmed.gov.
29. Sureda J.L. Sexualidad y adolescencia. indexed for medline; 2007 [Cited 2007/ 1/ 3]. Disponible en: www.pubmed.gov.
30. OMS. Child and adolescent mental health policy and service guidance package. indexed for medline; 2005 [Cited 2005/10/ 3]. www.pubmed.gov.
31. Rojas Enrique. ¿Quién eres?, De la personalidad a la autoestima. España: Barcelona; 2004.
32. OPS-FNUAP. Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes con énfasis en la salud sexual y reproductiva. indexed for medline; 2003 [Cited 2003/ 1/ 23]. Disponible en: www.pubmed.gov.
33. Fernández J., Báez E., Dihigo T. Conocimientos sobre el VIH/ SIDA en las mujeres matanceras. [Cited 2004/ 2/ 2]. Disponible en: www.pubmed.gov.
34. Pérez I., Pérez E.F., Pla E. Métodos de anticoncepción en adolescentes: píldora de emergencia, aspectos éticos legales. *Rev ped atención primaria*. 2007; 7 supl1.5: 81- 87.
35. Cruz F., Cols Y. En la adolescencia queremos saber. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
36. Rodríguez A., Álvarez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev. cubana de salud pública*. 2006; 32(1).
37. University of bonn Medical Center. Aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Indexed for medline; [Cited 2003/ 1/ 2]. Disponible en: www.pubmed.gov.
38. Instituto Nacional del Cáncer en España. Aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Indexed for medline; [Cited 2006/ 11/ 4]. Disponible en: www.pubmed.gov.
39. Cassinelli H. Propuestas para el paciente con baja talla. [Cited 4 de febrero de 2002]. Disponible en: www.intramed.net.
40. Chon I., Roca C., Vilau, L. et al. Soporte nutricional durante el tratamiento con radiaciones ionizantes en pacientes con tumores de cabeza y cuello. *Rev. Cub med*; 2005; 44(5.6).
41. Silva, H., Bruneau, J.C., Reyno, H.P. somatotipo e índice de masa corporal en una muestra de adolescentes de ambos sexos de la ciudad de Temuco, Chile. *International Journal of morphology*. 2003; 21(4):309-313.
42. OMS. Atlas: Child and adolescent mental health resources, global concerns: implications for the future. 2005 [Cited 2005/ 12/ 15]. Disponible en: www.pubmed.gov.
43. Instituto Nacional del Cáncer en España. Efectos tardíos del tratamiento anticanceroso en la niñez. Indexed for medline; [Cited 27 de junio Del 2008]. Disponible en: www.pubmed.gov.
44. Barr R.D. El adolescente con cáncer. *European Journal of cancer*. 2002; 12: 30-32.
45. Rey G. Adolescencia y cáncer. [Cited 2007/ 2/ 4]. Disponible en: www.pubmed.gov.
46. Williams V. El cáncer en adultos jóvenes. *Rev. Oncología*. 2005; 50(11).
47. Castro Espín M., Cano López A.M., Rebollos M. Crecer en la adolescencia. CENESEX. Ciudad de La Habana: 1995.
48. Amaro M. sexualidad y bioética. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(1-2).
49. Alfonso C.R. Adolescentes, tiempo, paciencia y compromiso. Indexed for medline; 2008 [Cited 2008 febrero]. Disponible en: www.pubmed.gov.
50. Veladía M.A. ¿Ofertan los Servicios lo que el cliente quiere?, Etnografía sobre Salud Sexual y Reproductiva en Desplazados viviendo en Soacha. [Cited 4 de febrero del 2002]. Disponible en: www.pubmed.gov.
51. Gonzáles L. Salud Sexual y Reproductiva en Estudiantes Universitarios. ¿Modo y Estilo de Vida Saludables?, Un diagnóstico. *Rev. De humanidades médicas*. [serial on line] 2003 Ene - Abr; 3 (1).
52. Martínez M. Infecciones de transmisión sexual. Puertas de entradas y de salida a la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. Centro Nacional de ITS. Cuba: 2007.



Nuestr@s compañer@s del... Hospital de Día **SAN PEDRO DE LOGROÑO**



Rosabel Escamilla y Manuel Olivares

El Servicio de Oncología en La Rioja se creó en el año 1986, y el Hospital de Día de Oncología unos meses más tarde. Tuvo un crecimiento exponencial con la contratación de nuevos oncólogos y el correspondiente aumento de personal de enfermería, tanto para hospitalización como para Hospital de Día; todo ello debido a la creciente demanda de pacientes de la enfermedad oncológica. El Servicio de Cuidados Paliativos se separó de Oncología hacia el año 2002.

El Hospital de Día de Oncología fue aglutinando todas las especialidades que administraban quimioterapia a pacientes, tales como instilaciones de citostáticos vesicales, quimioterapia ambulatoria

de hematología, de paliativos; y finalmente tratamientos parenterales ambulatorios de especialidades como digestivo, reumatología, medicina interna e incluso transfusiones sanguíneas. También se realizan las aféresis previas a trasplantes de progenitores hematopoyéticos que se realizan en La Rioja. Por todo ello actualmente es un Hospital de Día Médico, aunque la mayor parte de tratamientos son oncológicos.

Su ámbito de actuación es toda La Rioja, y en ese sentido se prepararon y adiestraron a todos los profesionales de enfermería de Atención Primaria para manejar reservorios subcutáneos. De esta forma se posibilitó la retirada de infusores y otros tipos de dispositivos portátiles en los cen-

tros de salud, lo que ahorra desplazamientos de los pacientes hasta Logroño, y se implicaba a la A. Primaria en el cuidado de los pacientes oncológicos.

Actualmente el Hospital de Día administra una media de 60-70 tratamientos diarios de lunes a viernes, con una dotación de 26 puestos: 20 sillones y 6 camas; y atención continuada de mañana y tarde de lunes a jueves y viernes a la mañana. La dotación es de 4 enfermeras de mañana más 1 auxiliar, y 2 enfermeras de tarde. La conexión con Farmacia es directa, ubicada al otro margen del pasillo; donde aparte de la zona de trabajo y carga de citostáticos se ubica la unidad de dispensación ambulatoria de fármacos de uso hospitalario. 🌱



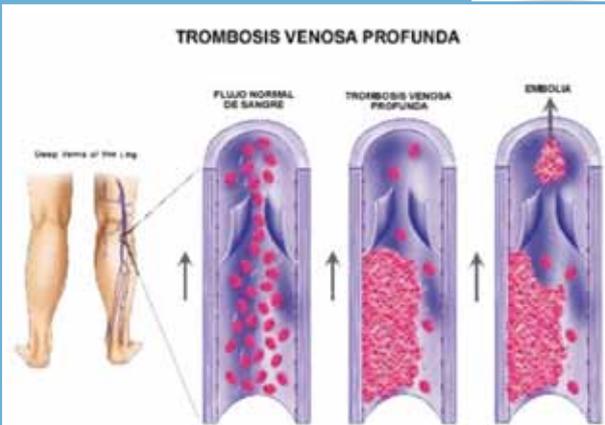
CÁNCER Y TROMBOSIS

DESCRIPCIÓN

La asociación entre cáncer y trombosis fue identificada por el francés Armand Trousseau en 1865, por lo que la combinación de las dos entidades se denomina síndrome de Trousseau.

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es un trastorno en el que se forma un trombo (coágulo) en el interior de las venas, bloqueando el flujo sanguíneo y produciendo diferente sintomatología en función de su localización: Trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP).

La ETV es la segunda causa de muerte más frecuente en pacientes hospitalizados con cáncer, situándose justo detrás de la propia enfermedad oncológica.



ETIOLOGÍA

Factores de riesgo para ETV en paciente con neoplasia.

Factores relacionados con el paciente:

- Edad avanzada.
- Género femenino.
- Raza.
- Comorbilidad (obesidad, infección, enfermedad renal, enfermedad pulmonar y tromboembolismo arterial).
- Trombocitosis prequimioterapia.
- Trombofilia hereditaria o adquirida.

Factores relacionados con el cáncer:

- Tipo y localización (gastrointestinal, cerebral, pulmonar, ginecológico, renal, hematológico).
- Primeros 3-6 meses tras el diagnóstico.
- Cáncer metastásico.

Factores relacionados con el tratamiento:

- Cirugía mayor reciente.
- Hospitalización.
- Quimioterapia.
- Terapia hormonal.
- Terapia antiangiogénica (talidomida, lenalidomida, bevacizumab).
- Agentes estimuladores eritropoyesis.
- Catéter venoso central.

J Clin Onc, 2007; 25:2490-505

SÍNTOMAS

Trombosis venosa profunda en EEII:

- Dolor o hinchazón repentina.
- Sensación de calor.
- Palpación de cordón venoso.
- Enrojecimiento de la piel.

Tromboembolismo pulmonar:

- Dificultad respiratoria repentina.
- Tos con expectoración hemoptoica.
- Dolor torácico.
- Sudoración-Ansiedad.
- Palpitaciones.
- Taquipnea.
- Un cuadro sincopal (pérdida de conocimiento) puede indicar un tromboembolismo pulmonar masivo.

La asociación de dolor pleurítico, esputo con sangre y fiebre sugiere complicación del TEP con infarto pulmonar.

TRATAMIENTO

Tratamiento inicial de la TVP y TE tiene como objetivo la prevención de la extensión del trombo y la prevención de la embolia pulmonar y de la recurrencias.

El fármaco de elección es la heparina de bajo peso molecular (HBPM), se administra vía subcutánea y en general no precisa monitorización.

Otros: filtro de vena cava inferior, en caso de contraindicación del tratamiento anticoagulante o nuevo episodio de ETV, en pacientes en tratamiento con HBPM.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Informar de los síntomas que puede dar una trombosis en pacientes de riesgo.
- Educar sobre la correcta administración de la HBPM y efectos secundarios.
- Atención psicológica a paciente y familia para disminuir ansiedad que provoca la aparición de ETV.
- Fomentar con medidas no farmacológicas la prevención: Primaria (mantener una adecuada actividad física, evitar la inmovilización y cese de hábitos tóxicos como alcohol y tabaco); secundaria (utilización de dispositivos mecánicos con medias comprensivas y fomentar la actividad física) y prevenir las complicaciones (evitar actividades que le puedan provocar heridas mientras esté bajo tratamiento), y hábitos de vida saludable con alimentación variada y equilibrada.

PÁGINAS CONSULTADAS

www.pfizer.es
www.cancer.net
Lyman GH et al. American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology Guideline: Recommendations for venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer. J Clin Oncol.2007; 25:5.490-5505.



Antonio Zamudio



LA TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA EVITA EL 70% DE LAS DISECCIONES CERVICALES EN EL CÁNCER ORAL

Un estudio del Hospital Universitario Cruces de Bilbao ha comprobado que la técnica del ganglio centinela puede ayudar a evitar el 70 por ciento de las disecciones cervicales que se hacen en el cáncer oral. ■



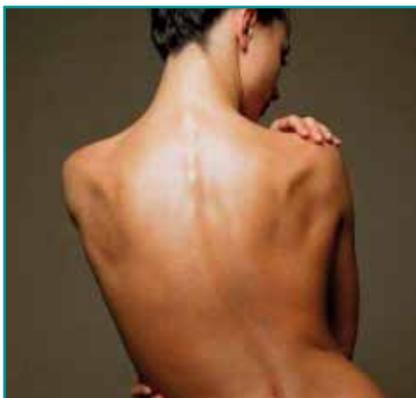
BIOMARCADORES DE MICROARN DETECTAN PRECOZMENTE EL CÁNCER PANCREÁTICO

Investigadores del Hospital Universitario de Copenhague han identificado conjuntos de microARN en sangre que permiten discernir qué personas padecen cáncer de páncreas y cuáles no. ■



LA DETERMINACIÓN DEL “RAS” GLOBAL SE IMPONE EN CCRM

Los últimos estudios confirman el avance de la terapia personalizada de cáncer colorrectal metastásico (CCRM). ■



DESCUBREN LA CLAVE PARA EVITAR LA METÁSTASIS EN CÁNCER DE MAMA

Investigadores del *Huntsman Cancer Institute* (HCI) de la Universidad de Utah (Estados Unidos) descubren un componente celular que provoca la metástasis en el cáncer de mama, por lo que podrán realizar una terapia que bloquee este proceso. ■



NUEVO RÉGIMEN PARA LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS RESISTENTES A TERAPIAS

Una nueva combinación de quimioterapia llamada Captem, que incluye capecitabina y temozolomida, reporta beneficios en pacientes con tumores neuroendocrinos resistentes al tratamiento. ■



VACUNA COMBINADA PARA EL CÁNCER DE PÁNCREAS

Una nueva estrategia inmunológica incrementa de forma significativa la supervivencia en adenocarcinoma ductal. ■

<p>PREPARACIÓN Envase 3.5 mg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstitución: <ul style="list-style-type: none"> - Para administración IV: con 3.5 ml. de SF. La disolución se completa en 2 minutos. - Para administración Subc: con 1.4 ml. de SF. La disolución se completa en 2 minutos. • No precisa dilución. Identificar claramente si la jeringa está preparada para la administración IV o Subc. • Proteger de la luz. • Concentración final de la reconstitución: 1 mg./ml. si es vía IV, y 2.5 mg./ml. si es vía Subc.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No conservar a temperatura superior a 30°C. • Estabilidad físico química de la reconstitución: 8 horas a 25° en el vial original o en la jeringa.
<p>INFUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración IV: la inyección se administrará en bolo en 3-5 segundos. Después aclarar la vía con una pequeña cantidad de SF. • Administración Subc: en un ángulo de 45-90°, en muslos y abdomen, rotando siempre los puntos de punción.
<p>EFFECTOS 2^{OS}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión y palpitations, respiración lenta y dificultosa. • Confusión, insomnio, ansiedad. • Estreñimiento, náuseas, vómitos, diarrea, anorexia. Mucositis, sequedad de boca, flatulencias. • Mielosupresión: trombopenia. • Anorexia. Hiperglucemia, hipopotasemia. • Neuropatía periférica sensitiva y motora, cefalea. • Visión borrosa, conjuntivitis, dolor ocular. Vértigo. • Exantema, urticaria. Herpes Zóster. • Mialgias, calambres, artralgias, dolor. • Disnea, epistaxis, tos.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No agresivo. • Medidas generales.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mieloma múltiple. Para información más detallada consultar la ficha técnica autorizada.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La administración Subc es una alternativa importante a la vía IV. Estudios publicados demuestran que la neurotoxicidad es menor vía Subc que IV. Puede producir enrojecimiento y eritema en el punto de punción. Aplicar corticoides tópicos y antihistamínicos. Si la reacción es intensa, se puede diluir hasta una concentración de 1 mg./ml. vía Subc o pasar a IV. • No se puede administrar vía intratecal, pues podría ser mortal. • Neurotoxicidad: es importante hacer un seguimiento del paciente para identificar la aparición de posibles síntomas de neurotoxicidad de manera precoz, así como para el control del grado de neurotoxicidad. Si llega a grado 2, se pueden dar masajes suaves con cremas de capsaicina o manteca de coco. Si aumenta a grado 3 y 4, es necesario un seguimiento y asesoramiento domiciliario, a parte de las medidas farmacológicas para el dolor. • Los pacientes que experimenten estreñimiento deben ser estrechamente vigilados, para prevenir la aparición de un íleo paralítico. Instruir debidamente al enfermo sobre las medidas dietéticas y farmacológicas que deben seguir. • Bortezomib puede provocar hipotensión ortostática. Se debe mantener al paciente bien hidratado, recomendar un ajuste de dosis de antihipertensivos, y hay publicaciones que aconsejan la administración de mineralcorticoides y/o simpaticomiméticos. • Se recomienda la profilaxis del Herpes Zoster en pacientes tratados con Bortezomib. • Puede provocar hiper o hipoglucemia, por lo que se recomienda control de la glucemia por si fuese necesario un reajuste de antidiabéticos. • Pacientes en edad fértil deben utilizar medidas anticonceptivas durante y hasta 3 meses después del tratamiento. • Evitar la ingesta de té verde y vitamina C, pues puede interaccionar con el Bortezomib.
<p>BIBLIOGRAFÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Velcade 3,5 mg. polvo para solución inyectable, ficha técnica. Laboratorio Janssen-Cilag. Fecha de revisión del texto: diciembre 2013. • Bortezomib. Disponible en: www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/evi • Bortezomib. Disponible en: http://pdamecum.com/info/B/bortezomib/bortezomib.php • Bortezomib. Disponible en: http://vds.vademecum.es/vweb/html/miniplus/miniplus_show?atc=L01XX32 • Bortezomib. Disponible en: www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760 Colson K., Doss D., Swilt R., Tariman J. Expanding Role of Bortezomib in Multiple Myeloma. Cancer Nursing 2008; 31(3). • Tariman J., Love G., McCullagh E., Sandifer S. Peripheral Neuropathy. Associated With Novel Therapies in Patients with Multiple Myeloma: Consensus Statement of the IMF Nurse Leadership Board. Clinical Journal of Oncology Nursing 2008; 12 (3). • Mateos M.V. How to Maintain Patients on Long-term Therapy: Understanding the Profile and Kinetics of Adverse Events. Leukemia Research 2012; 36 S1: 535-543. • Moreau P., Pylypenko H., Grosichi S., Karamanest L., Leleu X., Grishunina M., Rekhman G., Masliak Z., Robak T., Shubina A., Arnulf B., Kroff M., Cavet J., Esseltine D.L., Feng H., Girgis S., Velde H., Deraedt W., Harousseau J.L. Subcutaneous Versus Intravenous Administration of Bortezomib in Patients with Relapsed Multiple Myeloma: a Randomised, Phase 3, non Inferiority Study. Lancet Oncology 2011; 12: 431-40. • San Miguel J., Bladé J., Boccadoro M., Cavenagh J., Glasmacher A., Jagannath S., Lonial S., Orlovski R.Z., Sonneveld P., Ludwig H. A Practical Update on the Use of Bortezomib in the Management of Multiple Myeloma. The Oncologist 2006; 11: 51-61.



<p>PREPARACIÓN Envase 60 mg.+4.5ml. dte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstitución: El vial de concentrado y el vial de dte, tiene un excedente de un 22% (quedarían 1.83 ml.-73.2 mg. y 5.67 ml. respectivamente). Para la correcta reconstitución hay que introducir el vial completo del dte en el de Cabazitaxel dirigiendo la aguja hacia la pared del vial. Mezclar suavemente, mediante inversiones repetidas, durante 45 segundos. Dejar reposar 5 minutos. La concentración resultante es de 10 mg./ml. • Dilución: utilizar envases sin PVC ni sets de perfusión de poliuretano. <ul style="list-style-type: none"> - Dosis < de 60 mg.: diluir en 250 ml. de SF o SG 5%. - Dosis > de 60 mg.: diluir en 500 ml. de SF o SG 5%. • Se recomienda el uso de un filtro de 0.22 micrómetros para la administración. • El disolvente contiene 573.3 mg. de etanol 96%. • Concentración de la dilución recomendada: 0.10 mg./ml.-0.26 mg./ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad físico química del vial abierto: no estabilidad. • Estabilidad físico química de la reconstitución: 1 hora a TA. • Estabilidad físico química de la dilución: 8 horas a TA (incluyendo la hora de perfusión) y 48 horas en nevera.
<p>INFUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: en 1 hora. • Es necesario administrar premedicación para prevenir reacciones anafilácticas al menos 30 minutos antes de la infusión de Cabazitaxel: antihistamínicos, corticoesteroides, antagonistas H2 y un antiemético. • Tener preparados corticoides y antihistamínicos para administrar en caso de reacción de hipersensibilidad, según el protocolo de la unidad.
<p>EFFECTOS 2^{OS}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mielosupresión, sobretodo neutropenia. • Reacciones de hipersensibilidad. • Diarrea y deshidratación. Náuseas y vómitos. • Neuropatía periférica sensorial y motora. • Alopecia. • Hematuria. Insuficiencia renal. • Fatiga, cefalea, mareo. • Artralgias y mialgias.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Irritante. • Medidas generales.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de próstata metastático hormono-resistente.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A lo largo del tratamiento, debe asegurarse la adecuada hidratación del paciente, para prevenir la aparición de una insuficiencia renal. • El disolvente tiene un alto contenido de etanol, por lo que se deben vigilar la aparición de síntomas de intoxicación etílica. • Está contraindicada la vacunación concomitante de la fiebre amarilla y de vacunas vivas-atenuadas. • Los hombres tratados con Cabazitaxel deben utilizar métodos anticonceptivos eficaces durante todo el tratamiento y hasta 6 meses después. Se recomienda que consulten sobre la conservación del esperma antes del tratamiento. • Algunas fuentes recomiendan no tomar pomelo ni zumo de naranja, pues intensifican los efectos secundarios.
<p>BIBLIOGRAFÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jevtana, ficha técnica. Laboratorio Sanofi- Aventis. Fecha de revisión del texto: mayo 2013. • Cabazitaxel. Disponible en: www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760. • Cabazitaxel. Disponible en: http://vds.vademecum.es/vweb/html/miniplus/miniplus_show?atc=L01CD04.



M^a Dolores Fernández



El último número de *Cancer World* tiene como portada a David Cameron, profesor de Oncología en la Universidad de Edimburgo y Director de los Servicios del Cáncer de NHS Lothian en Escocia y que durante 4 años fue Director de la Red Nacional de Investigación del Cáncer y una pregunta ¿qué sabemos realmente acerca de la calidad del cuidado que proporcionamos? *“El sistema de salud nunca será perfecto siempre y cuando la gente siga modificando y cambiando cosas sin hacer en serio las preguntas correctas sobre las mejores formas de prestar atención”*. *“No estoy seguro de entender la solución, pero estoy seriamente preocupado de que los costos de los nuevos medicamentos estén aumentando, y no sólo el Reino Unido, van a tener que ser complejas discusiones de alto nivel, un diálogo entre empresas farmacéuticas, economistas de la salud, médicos y pacientes. Es un problema para todos, y todo el mundo tiene que participar”*.

Uno de los artículos nos habla de un enfoque coordinado en las directrices multidisciplinares, ¿qué decide sobre la evidencia y cómo? Según Dirk Schrijvers, jefe de oncología del ZNA en Bélgica, hay un gran problema, que es la falta de directrices que reúnan evidencias de una forma multidisciplinar, y que se ajuste a las normas internacionales para el desarrollo de guías. Schrijvers es presidente del recién creado Foro Multidisciplinar de Guías Clínicas de la ECCO, creado para ayudar a llenar este vacío y fomentar la creación de redes entre las sociedades de oncología, así como la promoción de criterios de calidad que deben extenderse a todas las guías en oncología y un buen ejemplo en línea con los objetivos multidisciplinares de la ECCO, es la guía de ESMO-EONS sobre el manejo de la extravasación de quimioterapia.

Otro toca un tema muy actual, el de la toma de decisiones compartidas. “Nada sobre nosotros sin nosotros” ha sido el lema de la convocatoria de reunión para la defensa del cáncer, que ha ayudado a exponer la falta de las voces de los pacientes en las decisiones acerca de la atención y los tratamientos. No hay duda de que las actitudes acerca de la información han cambiado para mejor, y esto ha llevado al aumento de la toma de decisiones compartidas definida como la implicación del paciente en una decisión en la medida en que desearían, proporcionando y discutiendo la información acerca de las opciones. El equipo de Epstein de la Universidad de Rochester lleva a cabo programas educativos para los oncólogos, ya que habla de la necesidad de que los médicos comprendan su propio papel sólo

como una parte del proceso por el cual los pacientes construyen sus preferencias, junto con otras influencias, como la familia y los medios de comunicación, todo lo cual podría afectar a la expresión de sus propios valores. Un punto clave, concluye Epstein, es que la toma de decisiones debe estar guiada por la compasión, la calidad de vida y autonomía del paciente.

Por último, un artículo sobre los cánceres de cabeza y cuello que por fin están saliendo del armario. A pesar de que es el sexto tipo de cáncer más común en Europa y de si se detecta a tiempo, el 80-90% de los cánceres de cabeza y cuello se puede curar, la falta de concienciación implica que 2 de cada 3 casos son recogidos tarde. La campaña Make Sense a escala europea (www.makesensecampaign.eu), gracias a Jean-Louis Lefebvre, presidente de la Sociedad Europea de Cabeza y Cuello tiene tres objetivos: de cara al público en general crear conciencia sobre el cáncer de cabeza y cuello, los factores de riesgo, los síntomas y la importancia de la detección precoz; de cara a los profesionales mejorar la detección precoz, el tratamiento, la atención y la rehabilitación; y de cara a los responsables políticos abogar para garantizar la igualdad de acceso a los servicios de alta calidad. También se abordó el lanzamiento de un Libro Blanco donde se destaca la necesidad de involucrar tanto a los oncólogos médicos y radioterapeutas, cirujanos y radiólogos, como a las enfermeras de oncología, logopedas, trabajadores sociales, psicólogos, cirujanos plásticos y/o reconstructivos y dentistas especializados en este tipo de cáncer. ■



El último volumen de *Seminars in Oncology Nursing* está dedicado a los cambios cognitivos asociados al cáncer y a su tratamiento. Destacan varios artículos, que nos hablan de la complejidad del problema del cáncer y los cambios cognitivos demostrando que hay múltiples factores que contribuyen a los cambios en la función cognitiva en esta población, incluidos los factores demográficos, psicológicos y fisiológicos, la propia enfermedad, los síntomas relacionados con el tratamiento y el manejo de esos síntomas. El objetivo a largo plazo es mejorar los tratamientos, reducir al mínimo los efectos secundarios y reducir las secuelas cognitivas de estos tumores y su tratamiento. El reconocimiento de las enfermeras de estos múltiples factores debe guiar una adecuada evaluación del paciente y la apreciación de su complejidad puede proporcionar orientación para el manejo adecuado del problema. La enfermería tiene un papel fundamental en la identificación de situaciones de riesgo, la evaluación de los cambios y la defensa de los recursos para mejorar los resultados. ■



El artículo on-line de *Oncology Nursing Society* se titula Parada cardiorrespiratoria en el marco ambulatorio: mejorar la seguridad del paciente a través de algoritmos de respuesta rápida y enseñanza de simulación. Los centros ambulatorios son constantemente desafiados con la administración de tratamientos contra el cáncer de una manera eficiente y segura. Con la llegada de numerosos medicamentos novedo-

sos que se sabe que causan reacciones de hipersensibilidad, las enfermeras se han convertido en expertos en la gestión de estas emergencias. Sin embargo, los pacientes rara vez presentan reacciones infusionales graves o de paro cardiorrespiratorio en este marco y esta aparición poco frecuente también influye en los conocimientos de enfermería. En este artículo se describe cómo la institución desarrolló métodos para mejorar la atención, con el uso de programas educativos de simulación y un algoritmo de respuesta inicial que podrían adaptarse en todos los ambulatorios y hospitales para aumentar la comodidad y la competencia y que las enfermeras puedan tomar la iniciativa para hacer cambios institucionales en el manejo de las emergencias médicas de los pacientes con cáncer. ■



Del último número de febrero de *European Journal of Oncology Nursing* destacamos tres artículos. El primero "Período de síntomas percibidos y necesidades de atención de apoyo de supervivientes de cáncer de mama desde 6 meses hasta 5 años después del tratamiento" es un estudio que se llevó a cabo en 150 pacientes y los resultados nos hablan de que el 88% informó por lo menos de un síntoma y el 51% registra al menos una necesidad insatisfecha. La falta de energía fue el síntoma más frecuente (47%), seguido de entumecimiento/hormigueo en manos/pies (41%). La mayoría de los supervivientes tenían necesidades no satisfechas en el dominio del sistema de atención de salud/información (37%), seguidos por las necesidades psicológicas (29%).

El segundo es un estudio piloto de un grupo de apoyo de intervención centrada en el paciente para la preparación de los pacientes con cáncer de mama

de cara a la supervivencia. El proceso de seguimiento del cáncer de mama tiene beneficios psicosociales para los pacientes, sobre todo tranquilidad, ya que a pesar de asistir a citas en el hospital puede aumentar la ansiedad y muchos pacientes desean tener la seguridad de la continua visita al especialista en seguimiento. Se entregó y evaluó una intervención piloto grupal centrada en el paciente dirigida a reducir la angustia, con 32 participantes mediante un cuestionario semiestructurado de evaluación, medidas estandarizadas de la ansiedad y depresión y la rutina de evaluación clínica y entrevistas cualitativas independientes. El análisis cualitativo de los datos del cuestionario indicaron factores clave como la experiencia compartida, apoyo y consuelo, y puntos de vista positivos sobre el cáncer y ser dado de alta. También revelaron que la intervención permitió a los participantes compartir experiencias, centrarse en las necesidades emocionales y tener discusiones abiertas sobre la periodicidad, al tiempo que aumenta la confianza en el alta y el uso de los servicios de apoyo alternativo, pero no mostraron diferencias en las medidas de ansiedad y depresión o en la rutina de evaluación.

Por último otro estudio cualitativo sobre los factores de estrés y la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes sin hijos solteras con cáncer de mama ya que rara vez se ha investigado como factor primario el estado civil y, sin embargo, pueden enfrentar factores estresantes únicos. Se utilizó un método cualitativo y se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad con 10 mujeres. Los 3 temas principales son las preocupaciones por no disponer de una pareja que las apoye, el miedo al rechazo de las posibles parejas o los sentimientos de tiempo perdido entre el diagnóstico y el tratamiento así como preocupaciones sobre la fertilidad y sus opciones, y percepciones sobre las actitudes y el apoyo emocional y práctico de los profesionales de salud. ■

Nuestra sección de libros



Carmen Vena



CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE ONCOLÓGICO

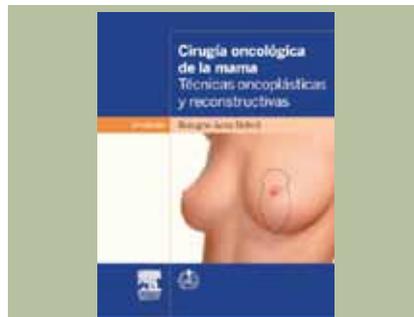
Cobo Dols, Manuel Ángel de la Torre Gálvez, Isabel Mateos Rodríguez, Teresa, Vicente Peralta, Luz Inmaculada

Editorial: Vértice

Páginas: 292

ISBN: 9788492598304

En los últimos años han aumentado considerablemente los casos de cáncer en España y por ello los profesionales necesitan cada vez estar más capacitados para desarrollar sus funciones en este área. Los enfermeros desarrollan un papel fundamental en los cuidados, y por eso, con este libro pretendemos además de aportar conocimientos necesarios sobre el cáncer, aumentar las habilidades de los enfermeros a la hora de tratar las necesidades y cuidados de los pacientes.



CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE LA MAMA (3ª ED.)

B. Acea Nebrija

Editorial: Masson

Año de publicación: 2013

Páginas: 384

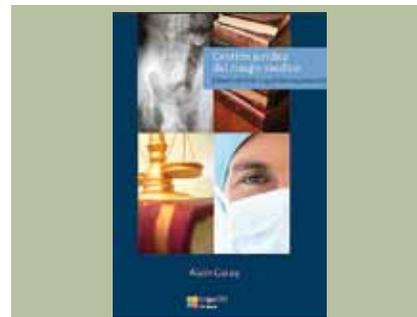
ISBN: 9788445822173

La nueva edición de la obra Técnicas oncoplásticas en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama amplía su contenido para cubrir todo el espectro de las técnicas oncoplásticas: técnicas de conservación mamaria y técnicas reconstructivas.

Se incluyen un total de 12 nuevos capítulos respecto a la edición anterior, los cuales siguen una estructura eminentemente didáctica y basada en casos clínicos.

El contenido del libro se complementa con material multimedia, al cual se accederá a través de una página web. Dicho material está compuesto por 52 vídeos de intervenciones, 31 casos clínicos con imágenes y una galería con todas las imágenes del libro.

Colaboran en esta nueva edición destacados expertos de las unidades de mama de los distintos hospitales de referencia de España, así como reconocidos cirujanos de Latinoamérica que proceden de países como México, Argentina, Perú, Venezuela, Ecuador y República Dominicana.



GESTIÓN JURÍDICA DEL RIESGO MÉDICO

Garay, Alain

Editorial: CTO Medical

Año de publicación: 2013

Páginas: 240

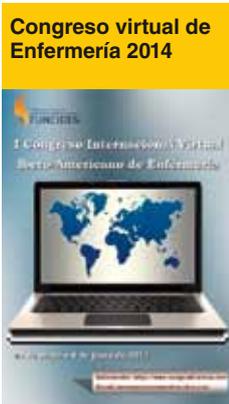
ISBN: 9788415617884

Este libro actúa como una guía práctica de la nueva herramienta de gestión jurídica del riesgo médico, al definir el *modus operandi* de los procesos que consolidan la calidad de las actuaciones médicas para evitar la Medicina “asustada” y “defensiva” y su judicialización. Basado en los conceptos de “médico-prudencia jurídica” y de “gestión de riesgos”, no presenta de forma teórica las normas de Derecho Médico, sino que explica cómo actuar en concreto para manejar a priori, anticipando, las complicaciones jurídicas y, a posteriori, la intervención de los tribunales. Su contenido pragmático interesa al conjunto del personal sanitario (integrantes de los distintos servicios médicos, de enfermería...); a los responsables de la dirección, administración y gestión de centros hospitalarios y clínicos; a abogados y jueces; y, en general, a todos aquellos profesionales que pretenden neutralizar el referido fenómeno de judicialización de las prácticas sanitarias.

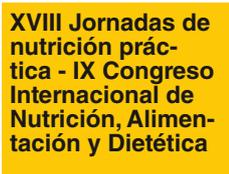


Congresos y Jornadas

Ana Mateo



Fecha: **28 de mayo al 6 de junio**
Lugar: **On-line**



Fecha: **19 al 21 de marzo**
Lugar: **Madrid**



Fecha: **27 y 28 de marzo**
Lugar: **Coimbra, Portugal**



Fecha: **26 y 27 de abril**
Lugar: **Madrid**



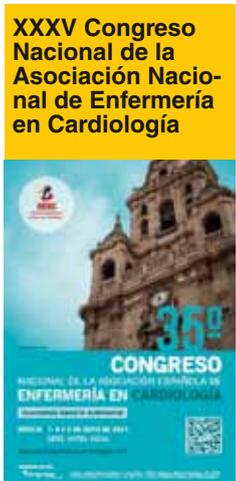
Fecha: **3 y 4 de abril**
Lugar: **Sevilla**



Fecha: **3 al 4 de abril**
Lugar: **San Sebastián**



Fecha: **9 al 11 de abril**
Lugar: **Toledo**



Fecha: **7 al 9 de mayo**
Lugar: **Murcia**



Fecha: **14 al 16 de mayo**
Lugar: **Madrid**



Fecha: **15 al 16 de mayo**
Lugar: **Barcelona**



Fecha: **16 al 27 de mayo**
Lugar: **On-line**



Fecha: **28 al 30 de mayo**
Lugar: **Alicante**



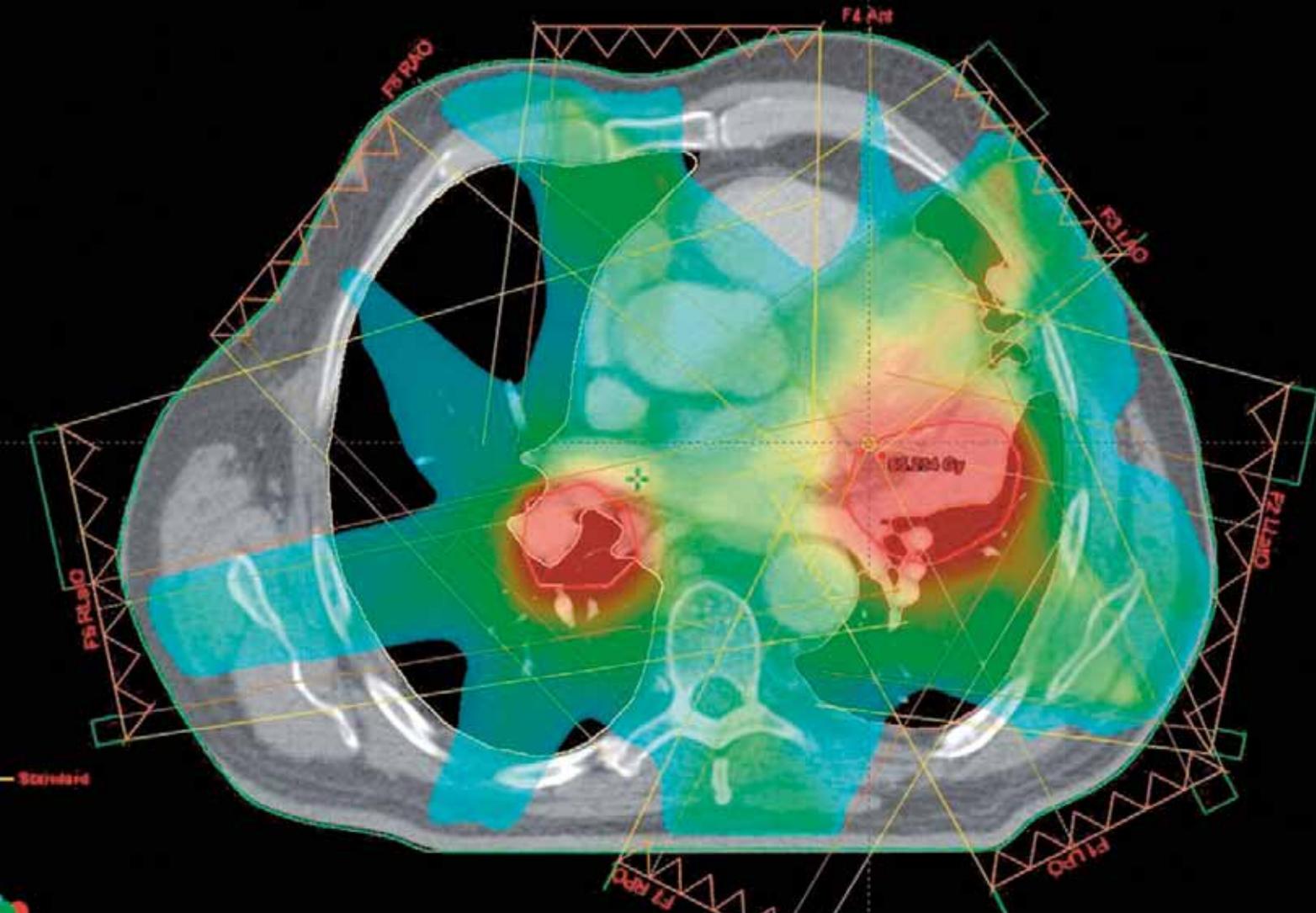
Fecha: **29 al 31 de mayo**
Lugar: **Barcelona**



Fecha: **23 al 25 de abril**
Lugar: **Barcelona**



Fecha: **30 y 31 de mayo**
Lugar: **Miranda de Ebro, Burgos**



*A la
vanguardia*

RADIOTERAPIA

Estereotáxica Extracraneal (SBRT)



Paz Zabaleta Basurto

La radioterapia es una de las principales modalidades terapéuticas que existe contra el cáncer. En la última década, la introducción de nuevas tecnologías ha permitido incorporar sofisticadas técnicas de irradiación, que han tenido por objeto conseguir altos índices de conformación geométrica ajustadas a las diferentes morfologías de los volúmenes tumorales, y distribuciones de alto gradiente de dosis para administrar una dosis eficaz en el tumor evitando y/o minimizando la radiación innecesaria en las estructuras anatómi-

cas correspondiente a los tejidos sanos inmediatamente adyacentes. En este sentido, han sido desarrolladas la radiocirugía y radioterapia estereotáxica, la radioterapia conformada tridimensional (3D CRT), la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y la radioterapia guiada por imagen (IGRT).

En los años 90 comenzaron a desarrollarse los sistemas que intentaban extrapolar, al tratamiento de lesiones extracraneales, la experiencia liderada por Leksell de tratar lesiones intracraneales

con sesiones únicas, a dosis elevadas y localizadas de forma estereotáxica (radiocirugía).

En Europa, Asia y Norteamérica, se empezó a gestar el concepto de SBRT (radioterapia estereotáxica extracraneal).

Lax y Blomgren, del Instituto Karolinska de Estocolmo, desarrollaron un marco extracraneal estereotáxico combinado con compresión abdominal. Este dispositivo consiguió una inmovilización del paciente cómoda y segura, una

reducción del movimiento interno de los órganos, y a su vez permitió referenciar el volumen blanco a marcas fiduciales externas para su localización estereotáctica. Uematsu en Japón consiguió acoplar un TC a un acelerador y realizó tratamientos de pulmón en 5-15 sesiones con buenos resultados. Desde entonces el desarrollo tecnológico de la oncología radioterápica ha sido imparable y el cambio a nuevos fraccionamientos e indicaciones, ha hecho que la SBRT se haya extendido de una forma espectacular. Las sesiones únicas o en número reducido son ventajosas radiobiológicamente, pero conlleva una importante complejidad asociada para que siendo dosis ablativas, ventajosas, los órganos a riesgo queden a salvo de dosis elevadas.

La **radioterapia estereotáctica corporal (SBRT)** es una técnica de radioterapia externa que, a través de un sistema de coordenadas tridimensionales independientes del paciente, permite una precisa localización de la lesión. La radioterapia se administra en forma de haces de radiación altamente conformados y convergentes sobre la lesión que hacen posible la administración de dosis muy altas de radioterapia sin incrementar la irradiación de los órganos o estructuras sanas adyacentes.

Procedimiento

En radioterapia estereotáctica corporal se suelen utilizar inmovilizaciones corporales seguros, reposicionables (colchones de vacío o de resina) donde se sitúan los puntos de referencia.

Adquisición de imagen

Posteriormente se adquieren imágenes de TAC en condiciones estereotáctica

(incluyendo los puntos de referencia) y habitualmente imágenes de RMN para fusión con imágenes de TAC y reconstrucción tridimensional del paciente. También se pueden utilizar imágenes de PET.

Planificación

En el planificador se contornean la lesión y órganos y estructuras sanas adyacentes radiosensibles. Ésto permite reconstruir en las tres dimensiones del espacio y diseñar de forma virtual el plan de tratamiento más adecuado. Se selecciona el plan de irradiación que mejor se adapta a la morfología de la lesión y que administra menos dosis de radioterapia sobre los órganos y estructuras sanas. El oncólogo radioterapeuta prescribe la dosis de irradiación que debe abarcar toda la lesión y se optimiza el plan.

Verificación

Antes de iniciar el tratamiento debe comprobarse la correcta disposición de ciertos componentes mecánicos del acelerador lineal y del haz de irradiación.

El proceso de control de calidad consiste en la verificación de la correcta alineación de los láseres que sirven para el posicionamiento preciso del paciente antes del tratamiento y de la adecuada relación del haz de irradiación con respecto a un punto cuando gira el cabezal del acelerador.

Administración del tratamiento

El paciente se sitúa en la mesa de tratamiento de forma idéntica a la posición establecida en el TAC para la adquisición de imágenes.

Se hacen coincidir las referencias con los láseres que apuntan al isocentro mecánico del acelerador lineal (punto de rotación del cabezal del acelerador). El

tratamiento puede realizarse utilizando distintas técnicas dependiendo del dispositivo de radioterapia.

Dispositivos de irradiación empleados para la radioterapia estereotáctica

Aceleradores lineales son dispositivos de radioterapia externa que se utilizan de forma convencional para el tratamiento del cáncer y además pueden ser adaptados para SBRT. El tratamiento se administra mediante múltiple campos estáticos o arcos rotacionales del cabezal del acelerador que concentran la dosis de irradiación en la lesión mientras se minimiza al máximo la cantidad de irradiación en el tejido sano. La distribución de la dosis se conforma utilizando colimadores circulares, micromultiláminas con campos fijos o dinámicos y radioterapia de intensidad modulada (IMRT).

También existen en el mercado el Cyberknife (acelerador lineal con brazo robotizado) que permite realizar el tratamiento con más grados de libertad en cualquier parte del cuerpo. Tomoterapia (acelerador lineal integrado en un TAC).

Indicación de la SBRT

Actualmente, el desarrollo tecnológico se orienta hacia el tratamiento de tumores primarios o enfermedad tumoral oligometastásica localizada en tórax, abdomen o pelvis, utilizando pocas fracciones con el objetivo de inducir altas tasas de control local, sin incrementar la toxicidad aguda o crónica y acortando de forma importante el tiempo global de tratamiento. La SBRT se está aplicando en tumores primarios en estadio temprano (cáncer de pulmón, cáncer de próstata y carcinoma renal) y para el tratamiento de oligometástasis (pulmonares, hepáticas, espinales y paraespinales). ➔

BIBLIOGRAFÍA

1. Radiocirugía y Radioterapia estereotáctica corporal. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias AETSA 2011/6.

Informes, Estudios e Investigación. Pág. 13, 25-27.

2. Libro blanco SEOR XXI Análisis de la situación, necesidades y recursos de la

Oncología Radioterápica Pág. 141-149 195-202.



¿Sabías que...?

Ana María Palacios



EL USO DE ANASTROZOL DURANTE CINCO AÑOS REDUCE EN UN 50% EL RIESGO DE TENER CÁNCER DE MAMA

Cancer Research UK

Es un inhibidor de la aromatasa de tercera generación que previene el cáncer de mama en mujeres menopáusicas de alto riesgo, según resultados del estudio.

El tratamiento diario con anastrozol por vía oral durante cinco años redujo un 53% el riesgo de desarrollar la enfermedad, según informaron los autores de la investigación IBIS-II durante el "Simposio de Cáncer Mamario" en San Antonio, Texas, que coincide con su publicación en la revista "The Lancet".

El doctor Jack Cuzick, que dirige el Centro de Prevención del Cáncer de Cancer Research UK y el Instituto Wolfson de Medicina Preventiva de la Queen Mary University, en Londres, a través de un comunicado de prensa informó "Algunas mujeres utilizan otras dos terapias antihormonales, tamoxifeno y raloxifeno, para prevenir el cáncer de pecho, pero no son tan efectivas y pueden tener efectos adversos, lo que limita su uso".

En esa presentación, el codirector del IBIS-II, doctor John Forbes, de la Universidad de Newcastle, en Nueva Gales del Sur, Australia, dijo que anastrozol es una opción "importante" y "alternativa" para las mujeres de alto riesgo, aunque aún lo ignoran los millones de mujeres que podrían beneficiarse con el fármaco.

"Dado que son más efectivos que el tamoxifeno y el raloxifeno, y poseen

menos efectos adversos, el anastrozol o el exemestano emergen como los tratamientos de elección para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de pecho en las mujeres posmenopáusicas con alta posibilidad de padecer la enfermedad", aseguraron los investigadores.

Cuzick adelantó que el seguimiento de las participantes del IBIS-II durará por lo menos 10 años. "Queremos saber si el anastrozol tiene un efecto continuo en la incidencia del cáncer aún luego de suspender el tratamiento y si reduce la mortalidad por el cáncer de pecho, además de asegurar que no provoca efectos adversos en el largo plazo", indicó. ■



DESCUBREN UN GEN SUPRESOR DE TUMORES EN UN CÁNCER DE PULMÓN MUY AGRESIVO

www.portalesmedicos.com

Investigadores del grupo de Genes y Cáncer del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL) han descubierto que el gen MAX está inactivado genéticamente en el cáncer de pulmón de célula pequeña y que su restitución reduce muy significativamente el crecimiento celular.

Este hallazgo que se ha publicado en la revista Cancer Discovery pone de manifiesto que MAX actúa como un gen supresor de tumores en uno de los tipos de cáncer pulmonar más agresivos y con peor pronóstico.

No obstante, la investigación del equipo de especialistas dirigido por la doctora

Montse Sánchez-Céspedes no acaba ahí, ya que también han constatado que existe una relación funcional entre este gen y otro supresor tumoral, el llamado BRG1, que "regula la expresión de MAX". De cualquier forma, sostienen que esta conexión es "todavía más compleja", y es que la presencia de este último "es necesaria para que MAX pueda activar muchas de sus dianas". Entre ellas se incluyen genes relacionados con el metabolismo de la glucosa "y de diferenciación neuroendocrina", explican. Además, los expertos del Idibell exponen que la eliminación de BRG1 en células cancerosas que no tienen MAX "produce mortalidad celular", algo que sugiere "una interacción letal sintética entre ambas proteínas". Para ellos, esta situación se produce "únicamente en líneas celulares de cáncer pulmón con mutaciones en MAX".

El nuevo descubrimiento apoya la existencia de una conexión funcional entre el complejo SWI/SNF y los complejos MYC/MAX en el control de la diferenciación celular y el desarrollo del cáncer de pulmón. ■



LA VERDADERA PÍLDORA PARA TODO ES EL EJERCICIO

www.munideporte.com

La epidemia de sedentarismo se extiende tan rápido como lo hace la incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Los humanos somos un tipo de primates especialmente adaptados a la loco-

moción bípeda. Y poco han cambiado nuestros genes en los últimos 40.000 años, desde la era paleolítica. Por aquel entonces el ejercicio físico, sobre todo la caza, era necesario casi a diario para comer. Y por tanto, para sobrevivir.

Un tercio de los adultos del planeta son inactivos. Ni siquiera caminan media hora al día. Y no digamos los niños en Occidente, que cada vez juegan menos al aire libre. Precisamente esta epidemia de sedentarismo se extiende tan rápido como lo hace la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Entre los esperanzadores avances farmacológicos de nuestro siglo, que, por supuesto bienvenidos sean, está la llamada **polipíldora**. Es decir, la combinación de algunos fármacos (aspirina, hipotensores o drogas para bajar el colesterol) en una sola pastilla para prevenir infartos.

Lo que muchos desconocen es que el ejercicio regular también tiene un *efecto polipíldora*, y sin apenas efectos secundarios a poco que se haga con sentido común. Por ello, los médicos no sólo deberían aconsejar a sus pacientes que hagan ejercicio: **deberían prescribirlo**. Además, es el único fármaco con un efecto dosis-respuesta: en general, cuanto más cantidad de ejercicio se acumule a lo largo del día, mejor. Haciendo ejercicio a diario se consigue reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, hipertensión, ictus cerebral, diabetes, cáncer de colon o mama, depresión, o de que las personas mayores sufran las temidas caídas.

Cuando se contraen, los músculos esqueléticos liberan *mioquinas*, que viajan por la sangre hasta llegar a otros tejidos donde tienen efectos beneficiosos o reparadores: es decir, que son fármacos en potencia. Por ejemplo, el músculo libera una sustancia llamada SPARC que podría reducir el crecimiento de tumores en el colon. O interleuquina-6, que curiosamente tiene efectos antiinflamatorios y beneficiosos para el sistema inmune o la regulación de los niveles de azú-

car cuando sale de nuestros músculos. Algunas mioquinas son incluso capaces de entrar en el cerebro y llegar a sus regiones más deterioradas por la enfermedad de Alzheimer. Aumenta la plasticidad cerebral y permite atenuar el deterioro cognitivo asociado a la senectud. El ejercicio también estimula la liberación de células madre a la sangre, muchas de las cuales tienen un potencial efecto regenerativo en algunos tejidos, como el corazón dañado por un infarto. Y ni siquiera es cierto que si nos pasamos con el ejercicio nos oxidamos más y vivimos menos por los efectos de los temidos radicales libres. Muy al contrario, los deportistas de élite son más longevos que la población general. ■



LA INMUNOTERAPIA CONTRA EL CÁNCER, HITO CIENTÍFICO DEL AÑO PARA SCIENCE

www.consalud.es

La inmunoterapia contra el cáncer es el hito científico del año para Science, revista científica de referencia, que también destaca, al igual que la publicación Nature, la obtención de células madre embrionarias, según la Agencia SINC.

De este modo, el ranking de Science lo encabeza la inmunoterapia contra el cáncer, un campo de la Medicina donde

los tratamientos están dirigidos a estimular la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra la enfermedad.

Por otra parte, Nature destaca el papel de Fen Zhang, un investigador del Instituto de Tecnología de Massachusetts (EE UU), quien junto a su equipo demostró que el sistema CRISPR (Clustered Regularly Interspaced Palindromic Repeats) funciona en células eucariotas.

Este método, que utilizan bacterias y arqueas para localizar y cortar secuencias de ADN, está basada en el mismo mecanismo para modificar el material genético, lo que permitirá diseñar tratamientos médicos personalizados.

Science destaca también el sistema de imágenes CLARITY, impulsado por un grupo de investigadores de la Universidad de Stanford (Estados Unidos), y que permite ver a través de los tejidos biológicos como si fueran transparentes.

Por otro lado, una vacuna contra el virus sincital respiratorio (VRS), y la creación de miniórganos son otros dos de los avances seleccionados por los editores de la revista estadounidense. En concreto, un equipo de investigadores con participación del Centro de Medicina Regenerativa (CMRB) y el Hospital Clínic de Barcelona anunciaba la obtención de minirriñones a partir de un cultivo de células de este órgano.

“La obtención de estos primordios celulares genera esperanzas para pensar que un día podamos usar nuestras propias células para regenerar órganos enfermos”, ha dicho el director del CMRB, Carlos Izpisua Belmonte.

Por último, estudios sobre los procesos neuronales que ocurren durante el sueño y la medicina personalizada basada en el microbioma del organismo, completan la lista de Science. ■



El espejo

Pablo Aldave Zabaleta

Son las ocho de la mañana. El despertador no para de sonar. Lo apago y pienso en el día tan complicado que me espera. Hoy he de tomar una decisión que llevo barruntando desde hace largo tiempo. El día sigue con la misma rutina de siempre: ducha, afeitado, desayuno y por fin vestirme. Dudo en qué ropa escoger para la ocasión, y al final, me decido por algo informal, unos modernos vaqueros y un polo negro. En mi cabeza sólo revolotea una idea: ¡Qué hacer con mi padre! El tema es complicado y extremadamente

delicado. Enviudó hace dos años y desde entonces vive en una gran casa sin ningún tipo de ayuda. Debido a su edad y a sus enfermedades se encuentra muy limitado. Cuando una vez a la semana voy a visitarlo me entristece mucho pensar que no está bien cuidado. Su aspecto antaño esplendoroso hoy se encuentra descuidado: ropa sucia, mal afeitado, etc. Lo peor no es su aspecto externo sino la profunda tristeza que le invade. Él me asegura que se encuentra feliz y que le ayudan sus vecinos en las tareas domésticas, pero sinceramente

no lo sé, ya que no dispongo de tiempo para hablar con él. Todas las noches pienso en traerlo a vivir conmigo pero soy una persona muy ocupada y el poco tiempo que tengo lo dedico a mi esposa y a mis hijos. Mi hermana vive fuera de la ciudad, por lo que no puede ayudarme en el cuidado de mi padre. Por otro lado, las relaciones con ella no son del todo buenas y sin saber claramente por qué nos hemos distanciado poco a poco. Una cosa tengo clara: ¡Nunca le faltará a mi padre dinero para vivir! Quizá la solución sea ingresarlo en una residencia

de ancianos. Nunca se lo he planteado, pero, mucho me temo que no va a estar de acuerdo.

Conduje hasta la casa de mi padre. Llamé a la puerta y me abrió con su cálida sonrisa. No supe qué decirle y no se me ocurrió nada más que pedirle una taza de café. Todos los argumentos en los que había pensado se desvanecieron cuando le miré a los ojos. Hablamos sobre cosas banales mientras preparamos la comida. He de decir que todos los sábados comemos juntos. Tras la comida se retiró a su dormitorio a dormir la siesta. Me quedé solo tumbado en el viejo sofá. Enfrente mía estaba el viejo espejo que un día mi abuelo le regaló a mi padre. Era un espejo de cuerpo entero con bordes de madera ajados por el paso del tiempo y necesitados de una buena restauración. ¡Cuántas veces durante mi juventud me miré en ese espejo! Estando tumbado vi mi rostro reflejado en él y pensé que ese viejo espejo necesitaba una buena limpieza. Me levanté, cogí un pañuelo y me puse a limpiarlo. Algo extraño ocurrió. Me vi arrastrado a su interior. No podía creer lo que me estaba sucediendo. Me encontraba dentro de una casa donde vivía una familia. Yo los podía ver, pero no ellos a mí. Era una familia compuesta por un matrimonio y dos hijos. Por delante de mi vista, a velocidad vertiginosa pasaron escenas de la vida cotidiana de esa familia: días alegres, otros tristes, pero se veía una

gran unión y amor entre sus miembros. Me froté los ojos, ya que no podía creer lo que veía. Me di cuenta que el pequeño de la familia era yo. Vi escenas que no recordaba: peleas tontas y muestras de cariño con mi hermana, preocupación, dedicación y esfuerzo por parte de mis padres, etc. Me empezaron a caer lágrimas, avancé y quise abrazar a mi familia, pero en ese instante desaparecieron.

Me quedé anonadado sin saber cómo reaccionar, pero antes de darme cuenta el escenario cambió completamente. Me encontraba en una gran sala rodeado de personas mayores. El ambiente era muy triste, y se notaba la falta de ilusión por vivir. En una esquina, sentado en una silla de ruedas y mirando a un gran espejo me vi claramente reflejado. Estaba sin compañía, triste, desilusionado, en una palabra: abandonado. Quise gritar pero no pude. De repente noté que algo me zarandeaba. Abrí los ojos y vi el rostro de mi padre. Estaba nervioso y completamente sudado. No sabía qué me había sucedido. Mi padre me dijo que lo había despertado con mis gritos. Me levanté del sofá y le abracé con ternura. Me preguntó por qué estaba tan cariñoso y le dije algo que hace tiempo tenía que haberle dicho, que lo quería.

Nos sentamos ante una copa de whisky y comenzamos a charlar. Revivimos recuerdos del pasado. Hablamos mucho sobre

mi madre, mi hermana y mis hijos. En un momento le pregunté qué tal estaba y si vivía feliz. Me miró fijamente a los ojos y al cabo de un rato me dijo que llevaba mucho tiempo esperando esa pregunta y por qué no se la había hecho antes. Me habló de lo mucho que me quería, de lo mucho que echaba en falta a su mujer y a su hija. También me dijo que tenía buenos vecinos que lo ayudaban con las tareas de casa y que por ahora no necesitaba ninguna ayuda. Quería vivir los años que le quedaban en esta casa que tan buenos recuerdos le traían. Hablamos sobre la posibilidad de venir a vivir a mi casa con mi familia, posibilidad que rechazó inmediatamente, aunque me pidió verlos más a menudo. Decidimos que ya era hora de que pasara más tiempo con sus nietos y pusimos fecha para organizar una escapada a Asturias, un fin de semana en una casa rural junto con la familia de mi hermana.

Me levanté, lo abracé y le pedí una cosa: Aita, el día que nos dejes, que estoy seguro que será dentro de mucho tiempo, me gustaría que me dejaras en herencia ese viejo espejo que tantas cosas me ha hecho ver y tanto nos ha unido. 📖

¡¡ASÓCIATE!!

a la Sociedad Española de Enfermería Oncológica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

¿Por qué?

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

¿Qué te proporciona la SEEO?

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

Sociedad Española de Enfermería Oncológica
www.seeo.org



Boletín de Suscripción

Nombre y Apellidos _____

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

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____ País _____

Servicio y Centro de Trabajo _____

Forma de pago

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

Banco/C.A. _____

Nº de cuenta:

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____

NOMBRE DEL TITULAR _____

Firma



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

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

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTABLES

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

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

ESTRUCTURA EN LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. BIBLIOGRAFÍA: Las citas bibliográficas deberán ir acotadas a lo largo del texto, con numeración correlativa mediante números arábigos que se colocarán entre paréntesis en el texto, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada. Deberán estar referenciadas según las Normas de Vancouver (revisada en octubre de 2004). <http://www.icmje.org/>.

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

En el caso de investigaciones de corte cualitativo, la estructura puede requerir modificaciones con respecto a la expresada anteriormente, debiendo adecuarse a los requisitos de este tipo de abordajes.

SECCIONES

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

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

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

PROCESO EDITORIAL

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

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

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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

Los trabajos serán remitidos:

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

JORNADAS DE
ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA

TOLEDO

8 y 9
MAYO
2014

CALIDAD

**EL CAMINO
HACIA LA
EXCELENCIA**



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

www.seeo.org