



Vol. 17 - N°1. Febrero 2015

enfermería oncológica

www.seeo.org

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA



Sociedad Española de
Enfermería Oncológica



Bienvenido a la S.E.E.O.

lunes, 02 de febrero de 2015

SEEO



La SEEO responde

NOTICIAS

Los pacientes de cáncer de colon avanzado con menos cirugía tienen mejor supervivencia

El gen "BCL 11A" está detrás del cáncer de mama triple negativo

Asocian osteosarcoma a síndrome de Li-fraumeni

IV edición
BECA DE INVESTIGACIÓN
EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
PATROCINADA POR HOSPIRA

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

27 A 30 DE MAYO
TARRAGONA 2015



Roles Avanzados en Enfermería Oncológica

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

TOLEDO

8 - 9 MAYO 2014

JORNADAS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

BUSCADOR DE COMUNICACIONES
¡Ya disponible!

CALIDAD

EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Fórmate con nosotros



<http://cursos.seeo.org>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org



Zaragoza

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

Zaragoza
8-11 de mayo
2013



www.seeo.org



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

Indexada en la base de datos de CIBERINDEX.

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

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

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

sumario



EDITORIAL. **4** • BIOGRAFÍA DE UNA ENFERMEDAD. EL SUFRIMIENTO ESPIRITUAL COMO DIAGNÓSTICO ENFERMERO. **5**
MANTENER EL ORGANISMO ALCALINIZADO PUEDE PREVENIR EL CÁNCER. **11** • ENTREVISTA A MIGUEL MARTÍN JIMÉNEZ. **18**
NUESTR@S COMPAÑER@S DE... **20** • PÍLDORAS COLECCIONABLES. **22** • BREVES. **23** • NOTICIAS DE EUROPA. **24** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **27** • FICHAS QUIMIOTERAPIA. **28** • AGENDA, CONGRESOS Y JORNADAS. **31** • A LA VANGUARDIA. **32** • ¿SABÍAS QUE...? **37** • RELATO. **40** • NORMAS DE PUBLICACIÓN. **47**



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



Antonio Zamudio Sánchez.

Editorial



Nuestra sociedad se enfrenta a nuevos retos económicos, políticos, demográficos, sociales y culturales que requieren de unos servicios sanitarios capaces de satisfacer las crecientes necesidades en salud de la población, especialmente en el abordaje de algunos procesos de enfermedad como el cáncer.

Este mapa actual nos lleva a reorientar la estructura organizativa actual y establecer unos mecanismos adecuados para satisfacer las necesidades de la población, y conseguir una atención sanitaria ágil, eficiente y de calidad.

En nuestro ámbito enfermero esto se traduce entre otras estrategias en la redefinición de las competencias profesionales, aprovechando el gran potencial que ofrece nuestro colectivo, y con el axioma de mantener unos cuidados continuos e integrales. Emerge así la práctica avanzada en enfermería como fórmula de establecer sistemas organizativos más costo-efectivos en los cuales ejercen de garante de la accesibilidad de los usuarios a unos servicios ágiles, coordinados y de calidad.

La enfermera de práctica avanzada aglutina competencias inherentes a cuatro áreas de desempeño profesional, como son la clínica avanzada, la docencia, la investigación y la gestión. En su desempeño es agente dinamizador de los estándares de calidad, de aspectos relacionados con la seguridad del paciente siendo además elemento de cohesión dentro del equipo sanitario. Que se traduce en una mayor satisfacción de los usuarios, con una destacada capacitación para desarrollar su trabajo de forma autónoma, realizar diagnósticos y tomar decisiones de manera segura y efectiva.

La evaluación de los resultados obtenidos hasta ahora, corrobora la necesidad de potenciar el progresivo desarrollo de los distintos perfiles de la enfermera de práctica avanzada. Esta es una apuesta que aporta sostenibilidad al sistema sanitario y redundando en la calidad del servicio, dando a su vez respuesta a las crecientes expectativas en salud de la población. ➔



BIOGRAFÍA DE UNA ENFERMEDAD.

El sufrimiento espiritual como diagnóstico enfermero

Autores: Ana M^ª Tordable Ramírez
*Grado de Enfermería. Magister en bioética.
Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria. E.S.A.P.D.
Dirección Asistencial Norte. Madrid. SERMAS.*

Contacto: anamaria.tordable@salud.madrid.org
atordable@telefonica.net

RESUMEN

El presente artículo muestra a través de un caso clínico, el abordaje de un paciente con cáncer de colon con carcinomatosis peritoneal y sufrimiento espiritual. Pretende hacer reflexionar sobre la importancia del abordaje de la dimensión espiritual del paciente y para ello la relación terapéutica, la comunicación empática, el conocimiento de la biografía

de la enfermedad, el diagnóstico de sufrimiento espiritual así como su abordaje, serán necesarios para asegurar una muerte en paz en el propio domicilio del paciente.

Tras 60 días de seguimiento domiciliario se desarrolló un plan de cuidados individualizado basado en los patrones de Marjory Gordon. Se quiere hacer destacar el diagnóstico enfermero de

sufrimiento espiritual con NOC y NIC correspondiente.

Finalmente este abordaje espiritual conlleva en sí mismo un crecimiento personal y profesional de la propia enfermera como se podrá apreciar a lo largo del desarrollo del caso y relato del mismo.

Palabras clave: Enfermería. Espiritualidad. Diagnósticos NANDA. Cuidados Paliativos.

INTRODUCCIÓN

La dimensión biográfica de la enfermedad en cada ser humano es aquello que podemos inquirir sobre su sentido y su significado. Es una cuestión importante, sobre todo cuando se plantea el tema de la enfermedad, del sufrimiento, de las limitaciones, pues tan importante como la vulnerabilidad es el sentido que se le da, es decir, la biografía de dicha enfermedad en un ser humano único e irrepetible, así como su significado. El sentido es la percepción que cada ser como individuo hace de su propia enfermedad y el significado es la valoración que los otros, la sociedad o la cultura hacen de ella¹.

Cuando es conocida la dimensión biográfica de enfermedad y la relación entre sentido y significado, entre lo individual y lo comunitario es lo que hace que se planteen dilemas éticos que deben ser tratados desde el respeto, la prudencia y serenidad e intentar resolver de forma responsable teniendo en cuenta el respeto a la vida, la dignidad de la persona, así como los principios de la bioética: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia².

La enfermedad, incluida en la dimensión biográfica como parte del mismo proceso de vivir, constituye una situación muchas veces límite relacionada con la trayectoria personal y las actitudes ante la vida que se hayan tenido a lo largo de la misma.

El conocimiento e interpretación de la persona enferma será lo que constituya un abordaje sistemático y global, por el profesional sanitario, de un ser integral bio-psico-social y espiritual, contextualizado en un ambiente socioeconómico y cultural que condicionará la representación individual de la enfermedad por el propio paciente. La cultura también es necesaria tenerla en cuenta para comprender la enfermedad manifiesta dentro de una organización familiar, ideológica, social y económica.

BIOÉTICA Y BIOGRAFÍA

La bioética como ciencia humanista es parte de la biografía, introduce un aná-

lisis entre la beneficencia y no maleficencia, la justicia y la autonomía del paciente teniendo en cuenta sus valores y así poder implicarse en el proceso de su enfermedad y su muerte³.

Las enfermeras asistenciales debemos desarrollar actitudes con una proximidad interpersonal centrada en el ser humano enfermo, respetando su intimidad para ayudarlo a promover una actitud que no interfiera ni inhiba, en su proceso de enfermedad, sino que promueva el despliegue de los propios recursos del enfermo y reoriente si fuera necesario, en su marco existencial cuya base será siempre el amor y el respeto, basándose en su biografía⁴

La dimensión espiritual en la biografía del ser humano, muchas veces, se pone de relieve en el acto de enfermar, factores psicológicos, cognitivos, emocionales, valores y creencias son producto de la historia individual de cada persona e influyen en la respuesta de cómo vivenciará y aceptará el desarrollo del proceso de la enfermedad y de la propia muerte⁵.

SUFRIMIENTO HUMANO

Las dimensiones del sufrimiento humano es algo más amplio que la propia enfermedad, más complejo y a la vez más profundamente enraizado en la propia humanidad. La composición del ser humano bio-psico-social y espiritual nos indica la dimensión del sufrimiento. El sufrimiento físico se da cuando el cuerpo duele mientras que el sufrimiento moral es el dolor del alma, se trata de un dolor espiritual. Cicely Sanders lo llama dolor total⁶.

El dolor físico es un verdadero sufrimiento cuando desborda de forma parcial o totalmente. El sufrimiento como carencia de bienestar tiene como forma de superación encontrar el sentido con la propia riqueza interior siendo aliado perfecto el profesional sanitario que facilitará dicho encuentro.

El sufrimiento pleno alcanza su mayor expresión cuando se está ante el sufri-

miento moral. Cuando la enfermedad atrapa y hunde en la desesperanza al individuo, ahí no es posible el alivio. Sólo en el plano espiritual puede tener sentido el sufrimiento. El miedo, la angustia, la soledad muchas veces acompañan la enfermedad y el proceso de morir y son motivo de sufrimiento, de ahí que se haga necesario el acompañamiento del proceso no sólo con el estar, también en la escucha, en la empatía, en el respeto y en la comunicación.

La persona que padece una enfermedad o está en el final de la vida, realiza en este proceso de sufrimiento una introspección, una reflexión sobre el sentido de la vida, se pregunta sobre el más allá, realiza un balance de los valores vividos y de adónde le han llevado, realiza un balance de todos sus asuntos y se plantea como hacer con lo no resuelto, tiene la necesidad de comunicarse para perdonar, amar y despedirse de los suyos³. Tiene la necesidad de superar el miedo y aceptar la realidad que le toca vivir para realizar una transformación de ese sufrimiento en paz y aceptación. *“Los que sufren no son los cuerpos, son las personas”*.

Las consideraciones accesorias del sufrimiento humano serán aquellas que así las considere el propio paciente, aun por muy insignificativas que nos puedan parecer a los demás. La experiencia de vida y los valores del paciente serán las que den prioridad o banalicen dicho sufrimiento y los profesionales sanitarios respetaremos, aliviaremos y acompañaremos en el sufrimiento.

El objetivo del caso que a continuación se desarrolla pretende hacer reflexionar sobre la importancia del abordaje de la dimensión espiritual del paciente y para ello la relación terapéutica, la comunicación empática, el conocimiento de la biografía de la enfermedad, el diagnóstico de sufrimiento espiritual así como su abordaje, serán necesarios para asegurar una muerte en paz en el propio domicilio del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de Antonio un paciente de 65 años que vive en un pueblo pequeño de la sierra madrileña y que está diagnosticado de un cáncer de colon con carcinomatosis peritoneal que requiere de paracentesis evacuadoras por ascitis abdominal. El seguimiento sanitario fue llevado a cabo por el Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD), realizándose las paracentesis evacuadoras en el propio hogar del paciente para evitar desplazamientos al hospital, dada el mal estar del paciente y el deterioro funcional del mismo.

- *Valoración cognitiva.* El paciente estaba consciente y orientado en el proceso de su enfermedad. Pfeiffer 0/10 errores.
- *Valoración funcional.* El índice de Karnofsky es de 60 con limitación funcional según aumentaba la ascitis abdominal.
- *Valoración social.* El paciente vive con su esposa en el domicilio conyugal y tiene tres hijos casados que le visitan. Tiene nietos. No viven en el mismo pueblo.
- *Grado de información.* El paciente conoce diagnóstico y sospecha pronóstico. La esposa conoce diagnóstico y pronóstico al igual que los hijos.

DESARROLLO Y RESULTADOS

En la entrevista realizada a la esposa, cuidadora principal, se denota que la relación con el esposo no es buena y en varias visitas domiciliarias cuando se establece mayor grado de confianza y una relación empática, comenta que ella ha sufrido un cáncer de mama y que en ningún momento se sintió acompañada, entendida, cuidada, ni querida por su esposo a lo largo del proceso, incluso, refiere, que para las sesiones de quimioterapia iba en autobús y volvía en autobús y que nunca la llevó en coche a darse el tratamiento. De esto hacía 5 años, pero lo contaba refiriendo que fue doloroso y que ahora solo son "socios" ya que tienen un negocio común, conviven en el mismo domicilio y que le cuida por respeto a los hijos.

Antonio, el paciente, es un hombre recio, algo arisco y parco en palabras aunque correcto. Le cuesta coincidir la mirada cuando hablamos, pero dado que hay que realizar paracentesis y que hay que estar a su lado durante casi una hora intento ser cercana y preguntarle sobre su pueblo, su negocio etc., hablamos de temas no trascendentales y ahí se encuentra más cómodo e intento que coincidan las miradas.

Tras varias visitas domiciliarias y coincidiendo con mayor deterioro funcional, astenia y una caída, cuando hablo con la esposa me comenta que está enfadado por que no hacemos nada para mejorarle. Comenta que está agresivo verbalmente con ella y con su nieto de 14 años. A este último, le hace llorar, ya que no le gusta que toque sus herramientas. El nieto ha decidido que no quiere verle, por no gustarle como le trata.

En el tiempo de espera de la realización de la paracentesis, estando los dos solos (el médico estaba con la esposa) le pregunto (enfermera) como se encuentra, a lo que contesta:

P (paciente) **E** (enfermera)

P - "Cansado".

E - Reafirmo con un gesto con la cabeza.

E - Cansado y tal vez algo enfadado ¿no? Tiene qué ser difícil ser dependiente (empatizo), con la consecuencia de una caída.

P - "Es muy duro", me confirma el paciente.

E - Me comentan que tu nieto está dolido con tu enfado con él y que llora sólo, ya que no entiende tu carácter... ¿es así?.

Le dejo que verbalice durante un largo rato refiriendo que los jóvenes... que no ordenan, que no son responsables, que no entienden... Cuando termina mirándole a los ojos le digo:

E - Es un adolescente, ¿te compensa que se quede con este recuerdo de ti, tu nieto? ¿O crees que sería mejor que le dijeras lo que te ha costado conseguir todas tus herramientas y que te gustaría que las usase, cui-

dase y las tuviera de recuerdo?". Se echó a llorar... (silencio)... (silencio)...

E - ¿Hay algo que te preocupe o que te haga tener esa actitud de enfado con los tuyos?

P - "Esto es un sufrimiento que no se cura con pastillas". (Le asiento con la cabeza).

E - Si te apetece que hablemos de ello... y con un gesto, alzando los hombros, aludiendo indiferencia.

Dejando tiempo a que se recuperase y pudiese hablar... me comenta, que no merecía la pena seguir viviendo, que le cuidasen, que le vistiesen, que quería morir para apaciguar el sufrimiento.

E - No elegimos el momento de irnos y que tal vez el tiempo que quede puede ser una oportunidad en la vida, para seguir creciendo desde el interior.

Todos somos dignos de ser cuidados, respetados y queridos, Antonio...

Siguió llorando y le pedí permiso para agarrarle la mano (se dejó).

E - Puede que te equivocases en algo en la vida pero tienes tiempo de corregir si lo consideras oportuno (utilicé la referencia de su nieto que era de lo que habíamos hablado, pero también quería referirme con ello a su actitud con la mujer cuando ella también estuvo enferma). Este sufrimiento puede transformarse, se puede convertir en un camino para encontrar la paz interior necesario para poder despedirte e irte tranquilo.

E - Este sufrimiento es la causa de tus malas contestaciones a los demás?

P - Sí.

Tras la recogida de datos en la entrevista y relación terapéutica se diagnostica Sufrimiento Espiritual. Se determinan los NOC y NIC y se llevan a cabo las intervenciones⁴. (Tabla 1).

Tras varias visitas domiciliarias y llevando a cabo los NIC, apoyo espiritual, dar esperanza y facilitar el perdón, parecía algo más cercano, menos tenso... ya me miraba a los ojos al dialogar conmigo.

DEFINICIÓN: Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.

Características definitorias

Conexión con el yo

- Cólera.
- Expresión de falta de aceptación.
- Expresión de falta de valor.
- Expresión de falta de perdón en sí mismo.
- Expresión de falta de amor.
- Culpa.
- Mal afrontamiento.
- Expresión de falta de paz o serenidad.

Conexión con otros

- Rechaza las interacciones con los amigos y la familia.
- Manifiesta estar alejado de sus sistemas de soporte.

Conexión con un poder superior a uno mismo

- Manifiesta sentirse abandonado.
- Manifiesta sentir cólera hacia Dios.
- Manifiesta que sufre.
- Manifiesta que no tiene esperanza.
- Incapaz para introspección, para mirar dentro de sí.

Factores relacionados

- Agonía ante la muerte.
- Ansiedad.
- Muerte.
- Cambios vitales.
- Soledad.
- Dolor.
- Deprivación sociocultural.

NOC

2001 Bienestar espiritual

- 200102 Expresión de esperanza.
- 2001116 Relación con el yo interior.
- 2001117 Relación con los demás para compartir pensamientos.

1304 Resolución de la aflicción

- 130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida.
- 130409 Discute los conflictos no resueltos.
- 130420 Progresa a lo largo de las fases de aflicción.

1303 Muerte digna

- 130302 Resuelve aspectos y preocupaciones importantes.
- 130303 Comparte sentimientos sobre la muerte.
- 130313 Se muestra calmado y tranquilo.
- 130314 Verbaliza comodidad.
- 130315 Expresa alivio del dolor.
- 113036 Expresa control de síntomas.

1201 Esperanza

- 120101 Expresión de una orientación futura positiva.
- 120105 Expresión de significado de la vida.
- 12109 Expresión de paz interior.
- 120112 Establecimiento de objetivos.

NIC

5420 Apoyo espiritual

- Estar abierto a las expresiones del paciente sobre soledad e impotencia.
- Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.
- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.
- Utilizar técnicas para ayudar a la persona a clarificar sus creencias y valores, si procede.
- Expresar empatía con los sentimientos del paciente.
- Asegurar que el cuidador estará disponible para ayudarlo en los momentos de sufrimiento.
- Ayudar al paciente a expresar y liberar la ira de forma adecuada.
- Estar abiertos a los sentimientos de la persona acerca de la enfermedad y la muerte.

5310 Dar esperanza

- Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida, las cuales tiene que poder ser realizables.
- Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas del paciente/familia.
- Evitar disfrazar la realidad.
- Implicar al paciente activamente en sus cuidados.
- Mostrar esperanza, reconociendo la valía intrínseca de la persona y viendo la enfermedad sólo como faceta suya.
- Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.
- Emplear una guía de revisión y/o reminiscencias de la vida, si procede.

5280 Facilitar el perdón

- Ayudarlo a explorar sus sentimientos de ira, odio y resentimiento.
- Ayudarlo a examinar la dimensión saludable y curativa del perdón, si así lo desea.
- Utilizar la presencia, el contacto o la empatía, según sea conveniente, para facilitar el proceso.

5260 Cuidados en la agonía.

- Observar si hay dolor.
- Minimizar la incomodidad cuando sea posible.
- Posponer la alimentación cuando la persona se encuentre fatigada.
- Ayudar con los cuidados de la básicos, si es necesario.
- Quedarse físicamente cerca de la persona atemorizada.
- Respetar la necesidad de privacidad.
- Incluir a la familia en las decisiones y actividades de cuidados, si así lo desean.
- Facilitar la obtención de apoyo espiritual a la persona y a su familia.

Tabla 1. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a pacientes y familia en procesos avanzados y terminales. Diagnóstico Sufrimiento Espiritual.

La esposa en una de las visitas me comenta que tuvieron una conversación como nunca, donde le pedía perdón por no haber entendido su enfermedad y no haberla apoyado, que ahora que él la sufría sólo podía darle las gracias por estar cuidándole con tanto respeto.

El paciente ya encamado con gran deterioro funcional, le pregunto:

E - ¿Qué tal tu nieto?

P - Estuvo ayer a verme y le regalé todas mis herramientas.

E - Es un buen recuerdo para tu nieto. ¿Estás más tranquilo?

P - Gracias por escucharme (aún me emociono al escribirlo) y por estar a mi lado en un momento tan difícil como este.

E - Un placer conocerte Antonio y poder acompañarte.

Pasado dos semanas falleció en su domicilio acompañado de sus seres queridos.

DISCUSIÓN

La relación entre unidad paciente, familia y equipo sanitario determina la calidad de la atención. La ética educa para la libertad y ejercicio de la autonomía que permite decidir qué es correcto, lo erróneo y lo que puede ser tolerado.

El sufrimiento como experiencia emocional, caracterizada por una sensación de angustia y aflicción generadora de factores que debilitan y comprometen la calidad de vida. Es una experiencia, profunda, personal subjetiva e intransferible que tiene relación con la experiencia humana. Sólo lo controla la persona que lo sufre, a veces, con ayuda de otras personas que ofrecen su presencia como medio terapéutico. El sufrimiento es condición necesaria para el reencuentro consigo mismo a través de la soledad creativa. El sufrimiento es parte del proyecto de la vida humana.

Lo ético es analizar y evaluar cada circunstancia y proceder de acuerdo a lo aprendido de esa situación particular. La comunicación es un instrumento que puede ser en gran parte, una pieza clave

para humanizar la actuación sanitaria, al ser la primera concreción del respeto hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona.

La dignidad debe estar protegida de manera especial, el deber que todos tenemos con la humanidad sufriente es la solidaridad empática, dar un corazón cálido. Para poder ejercer la autonomía, a veces es necesario reafirmar al enfermo como persona digna y con capacidad de cambiar como ocurrió en el caso expuesto. La beneficencia que se produce en el saber guiar y acompañar en el sufrimiento, en este caso se hizo patente.

El profesional de enfermería debe enfrentarse al individuo con una profunda comprensión de su esencia social y desde una posición humanista de sus problemas. El sufrimiento psicológico constituye una reacción o un hecho doloroso de duración variable en dependencia del significado que para el sujeto tiene el hecho que lo provoca. Para que exista un sufrimiento no tiene que estar siempre presente el hecho doloroso, puede bastar su recuerdo para que se haga realidad el sufrimiento.

Todo enfermo aporta una contribución única e irreplicable a la sociedad, que hace de ella algo radicalmente, irremplazable. La integridad del paciente viene dada por su fortaleza interior, generosidad, alegría, valores, que ha adquirido y trabajado a lo largo de su desarrollo como persona y que supone para nuestras vidas un ejemplo inestimable siendo un privilegio su cuidado.

Se habla del sufrimiento, pero quiero resaltar el significado que cobra la vida en ellos y los que les rodean, cuando transmiten paz y felicidad, aceptación de la enfermedad a pesar de sus limitaciones o grave deterioro físico.

Preservar y defender su integridad y dignidad de la persona durante la enfermedad será el objetivo, haciendo digno el cuidado con delicadeza, cortesía y con-

ciencia, con la información adecuada y pertinente, procurando un entorno de confianza, cómodo y de esperanza, tratando con respeto, paciencia, tolerancia y prudencia, tanta como se merece. Cuando la ciencia agota sus recursos será digno consolarle y acompañarle en la fase final de vida. Sólo desde el amor será posible respetar la integridad y la dignidad del prójimo en su condición de enfermo.

Cuando el paciente pierde su independencia muchas veces es vivida como pérdida de integridad “ya no valgo para nada y doy mucho trabajo”, explicar que la integridad es interior e invitar a que florezca, que esperamos de sus enseñanzas y que tiene todavía un papel importante como enfermo.

La integridad y dignidad se pueden ver vulnerados cuando los valores que dominan su atención y cuidados son ajenos a los valores personalistas. La muerte digna vendrá dada por el respeto a la integridad y dignidad de la persona en cualquier situación de vida.

Los elementos bioéticos que se tuvieron en cuenta relacionados en este caso en los Cuidados Paliativos fueron:

1. Protección de la debilidad. El enfermo va perdiendo progresivamente su vigor y se hace cada vez más vulnerable.
2. Reconocimiento de la dignidad de la persona que le acompaña desde la fecundación hasta la muerte.
3. La relación personal es terapéutica, de persona a persona considerando al enfermo en todas sus facetas desde una óptica integral y respetando su autonomía.
4. Todo individuo debe ser tratado como ser único, concreto e irreplicable, teniendo en cuenta su historia personal, sus deseos y necesidades, así como sus valores.
5. La relación con la familia forma parte de la unidad de cuidados.
6. La comunicación veraz, es uno de los ejes de los cuidados paliativos, siendo el paciente el que regula la

cantidad de información que desea recibir. Comunicar la verdad supone el compromiso previo de ayudar a asimilarla, manteniendo la esperanza que ayude a mantener la comunicación interpersonal.

7. Disponibilidad del cuidado: la asistencia debe ser integrada e integradora.
8. Respeto a la vida y respeto a la muerte. No se adoptan medidas que acorten la vida o prolonguen la muerte de forma que la atención tenga en cuenta a la persona y su calidad de vida con medios proporcionados.
9. El respeto a los demás en el equipo de cuidados.
10. Profesionalidad, compromiso, responsabilidad, competencia enfermera.
11. Actitud ante el dolor, se reconoce y combate el dolor en todos sus aspectos físico, psicológico, social y espiritual ("dolor total" Cicely Saunders).
12. La vulnerabilidad del paciente debe ser protegida por el profesional sanitario potenciando su reconocimiento y derechos, como está registrado en La Carta de Derechos del Paciente.

CONCLUSIÓN

El abordaje de la dimensión espiritual del paciente con una la relación terapéutica, una comunicación empática, el conocimiento de la biografía de la enfermedad, el diagnóstico de sufrimiento espiritual así como su intervención, fueron básicos para asegurar una muerte en paz en el propio domicilio del paciente. Las competencias avanzadas en enfermería se hacen necesarias para un mejor abordaje del cuidado en la integridad del paciente.

AGRADECIMIENTO

Tras concederme **la Cruz de Honor de la Sanidad Madrileña**, en la categoría de plata (BOCM N° 106 Martes 6 de Mayo de 2014) y hacerme entrega de la misma el día 12 de Mayo de 2014, día de la enfermería, en un acto oficial de la Comunidad de Madrid, me siento en el deber de reflejar mi agradecimiento personal a:

Todas las personas que estando en el final de su vida se abrieron para compartir conmigo su vida, dejando huella. La expresión de que *"recibimos tanto como*

damos" es una lección acertada que se ha hecho patente durante todos mis años de experiencia como enfermera y especialmente en los últimos quince años en Cuidados Paliativos Domiciliarios. Aquellos que tuvieron coraje, de llorar, gritar, expresar su rabia, de implorar a Dios, de compartir su dolor y su sufrimiento, son los que realmente quedaron impregnados en mi vida, siendo un regalo para el corazón y el alma.

Para terminar tengo que agradecer a todos mis pacientes, por que con su sufrimiento en la enfermedad han contribuido a mi desarrollo humano, no sólo como persona también como enfermera e intentar poner corazón en mis manos para poder humanizar el cuidado y acompañar en la etapa final de vida. Por que la muerte no es un fracaso es una oportunidad de aprendizaje y crecimiento para todos, dando sentido a la vida. ☺

BIBLIOGRAFÍA

1. Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades* 1994 4(7). 71-83.
2. Barbero J. "Bioética y Cuidados paliativos", en Valentín,V (dir) *Oncología en Atención Primaria. Nova Sidonia Oncología y Hematología*, Madrid 2003,pp.699-746.
3. Benito E., Barbero J., Payás A. El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. ARAN ediciones 2008.
4. Grupo de planes de cuidados de AEPAL. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a pacien-

tes y familia en procesos avanzados y terminales. SANED 2011,pg. 110-111.

5. Utor L., Guanter L. Competencias enfermeras en cuidados paliativos. *Rev. SECPAL* 2013. Monografías nº 3.
6. Arranz P., Barbero J., Barreto P., Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. *Modelo y protocolos* 2ª ed. Barcelona: Ariel,2004.
7. Boulay S. Cicely Saunders. Fundadora del movimiento Hospice de Cuidados Paliativos. Ed.Palabra. Madrid 2011.
8. Antonílez, B. (2006) *Espiritualidad y Cuidado. El Arte y la Ciencia del Cuidado*. Grupo de cuidado Facultad de

Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Pp.49.

9. Beca J., (2008) *El cuidado espiritual del enfermero como responsabilidad profesional de la salud. Ética de los cuidados* ene-jun; 1(1). Disponible <http://www.index-f/eticuidado/n1/et6734.php>
10. Hernández C., Guardado C. *La Enfermería como Disciplina Profesional Holística*. Vol. 20 N°.2. Ciudad de la Habana Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S086-03192004000200007&Ing.



Mantener el organismo **ALCALINIZADO** puede **PREVENIR EL CÁNCER**

Autoras: María Del Rocío Calero Romero
Enfermera de Quirófano de Neurocirugía Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Ana Isabel Jiménez Álvarez
Enfermera de Hematología-Oncología Hospital General Juan Ramón Jiménez.

Contacto: rocio_calero@hotmail.com
anabeljial@ono.com

RESUMEN

Este documento es una revisión bibliográfica en el que se pretende informar sobre la importancia de mantener el organismo depurado o alcalinizado para prevenir y tratar el cáncer. Un organismo depurado o alcalinizado es un organismo libre de toxinas; éstas pueden estar en el medio ambiente (difíciles de evitar), producirse mediante malos hábitos (alcohol,

medicamentos...) o por lo que se ingiere a través de la dieta, debido a hábitos nutricionales poco o nada adecuados. Según la medicina convencional la mayoría de las enfermedades son idiopáticas, pero parece ser tienen su origen en un organismo acidificado (pH muy bajo). En este documento se da una breve explicación de cómo ocurre esto y unas pautas de conductas y alimenta-

ción para conseguir un pH ligeramente alcalino, y por tanto poder conseguir un organismo depurado que trabaje a pleno rendimiento, siendo así más fácil evitar y tratar el cáncer además de otras muchas enfermedades.

Palabras clave: organismo, pH, alimentos, hábitos y cáncer.

ABSTRACT

This document is a review of the literature that seeks to inform about the importance of keeping the body clean or alcalinizado to prevent and treat cancer. A refined or alcalinizado body is a body free of toxins; they can be friendly (difficult to avoid), produced by bad habits

(alcohol, drugs...) or by what is ingested through diet, due to little or no adequate nutritional habits. According to conventional medicine most of the diseases are idiopathic, but it seems they have their origin in an organism acidified (low pH). This document gives a brief explanation of how happens this and guideli-

nes of behaviour and power to achieve a slightly alkaline pH, and therefore get a refined body working at full capacity, making it easier to avoid and treat cancer and many other diseases.

Keys words: body, pH, food, habits and cancer.

INTRODUCCIÓN

“Que tu medicina sea tu alimento, y que tu alimento sea tu medicina”. (Hipócrates)

El cáncer es la epidemia del S. XXI y su incidencia va en aumento. Se estima que 1 de cada 3 personas sufrirá cáncer a lo largo de su vida. Y lo más alarmante es que cada vez es más frecuente en gente joven.

Los cánceres cuya incidencia más ha aumentado en los últimos años son los de mama, colon, pulmón, ovario y piel, que son precisamente los más relacionados con una mala alimentación y con la exposición a tóxicos ambientales. Se estima que se podría reducir entre un 30-40% la incidencia de cáncer con una alimentación óptima.

El cáncer se produce por una pluralidad de factores. Es necesario que se den determinadas circunstancias para que se produzca la enfermedad. No todo el que fuma tabaco sufre cáncer, ni todo el que come de una manera sana estará libre de enfermedad, pero sí es cierto que los fumadores tienen más riesgo de cáncer y las personas que siguen una dieta sana y equilibrada tienen menos tasas de cáncer¹.

El químico Linus Pauling, ganador de dos premios Nóbel (el primero de Química y segundo de la Paz), y quien murió en 1994, afirma que **mantener el cuerpo con un pH alcalino es la clave para recuperar y conservar una buena salud.**

Según Pauling:

- Cuando alguien no se siente bien, muy a menudo es porque su cuerpo tiene un pH muy ácido.
- El cuerpo debe tener un pH ligeramente alcalino, entre 7,1 y 7,4; un pH de 7 es neutro y un pH por debajo de 7 es ácido.
- Las células del cuerpo necesitan un pH alcalino normal para funcionar adecuadamente.
- Un pH bajo es una de las causas más importantes de muchas enfermedades, incluido el cáncer.
- Se ha encontrado que el 85% de los pacientes con cáncer tienen niveles de pH entre 5 y 6. Las células de cáncer no pueden crecer si el pH del cuerpo es normal².

Cuando se habla de ácido y alcalino, se refiere al pH, que significa literalmente “el potencial de hidrógeno”, que sirve para indicar la concentración de iones de hidrógeno de un fluido. Los iones de hidrógeno simplemente son protones (partículas o moléculas cargadas positivamente). Una sustancia ácida desprende o libera iones de hidrógeno y una sustancia alcalina absorbe iones de hidrógeno. Cuanto más iones de hidrógeno haya en una solución, más ácida será esa solución³. Lo ácido y lo alcalino se miden en una escala que va del 1 al 14; siendo uno lo más ácido y catorce lo más alcalino.

Toda solución es ácida o alcalina, tanto en el cuerpo humano como fuera de él.

La sangre, los fluidos estomacales, el vino, el café..., tienen un determinado pH. El pH ideal del cuerpo humano debe ser ligeramente alcalino, oscilar entre el 7.35 y el 7.45⁴.

Por otro lado, hace más de 75 años, concedieron al Dr. Otto Warburg el Premio Nobel de Fisiología y Medicina por su investigación del metabolismo de los tumores y la respiración celular, especialmente de la célula cancerosa. Su investigación determinó que el cáncer es causado por la respiración debilitada de las células debido a la carencia de oxígeno en el nivel celular. Según Warburg, la respiración dañada de la célula causa fermentación, dando por resultado un pH bajo (acidez) en el nivel celular.

Otto Warburg ganó su Premio Nobel al demostrar que **el cáncer prospera en un ambiente anaeróbico (sin oxígeno), o ácido**, lo cual lleva a las células a no quemar la glucosa sino a fermentarla para obtener su energía².

Hay que saber que nuestro cuerpo alberga muchos tipos de bacterias y hongos que crecen y sobreviven en forma armoniosa (sin producirnos enfermedades) si nos alimentamos y tenemos hábitos saludables, pero cuando **una mala o deficiente alimentación y hábitos alteran el medio de nuestro cuerpo**, sobre todo por alimentos altos en azúcares o hidratos de carbono o aguas contaminadas o de poca oxigenación o químicos que destruyen nuestra flora

intestinal estamos creando un campo propicio para que los hongos y bacterias se reproduzcan en forma desproporcionada, provocándonos desde enfermedades leves hasta terminales. **La clave es el pH de nuestro cuerpo**¹.

Esta comprobado científicamente que las mayorías de las enfermedades se desarrollan en un cuerpo ácido y por el contrario las enfermedades desaparecen en un cuerpo ligeramente alcalino.

El simple hecho de vivir genera residuos tóxicos que deben ser eliminados. Para conseguirlo hay que ayudar al organismo a depurarlo, para ello y para entender todo el proceso de acidificación nos centraremos en las palabras del doctor Alberto Marti Bosch basándose en el trabajo de Alfred Pishinger que fue el primero en explicarlo en su libro *The Matrix and Matrix regulation*.

La célula sana vive en un medio alcalino rico en oxígeno, usa muy poco sodio para vivir y utiliza proteínas levóginas, en cambio, la célula tumoral vive en un medio ácido, pobre en oxígeno, cargado de sodio y alimentándose de proteínas dextróginas.

Debido a la actividad metabólica del organismo las células generan ácido carbónico, ácido úrico y ácidos grasos que pasan al plasma intersticial, de ahí al sistema vascular venoso y por último al pulmón, hígado, riñón o tubo digestivo para ser eliminados, de aquí la importancia de que estos órganos funcionen al 100%.

Si el sistema de drenaje falla el material tóxico de desecho invade el espacio intersticial, es decir, el espacio acuoso que baña los tejidos, intoxicándolo. Cuando las células están rodeadas de sus propias toxinas no pueden vivir correctamente ya que su entorno se vuelve ácido por la acumulación de ácido carbónico, ácidos grasos y ácido úrico, tres ácidos que son cáusticos y lo quemar todo provocando que las células se queden sin oxígeno y sin nutrien-

tes y entonces solo pueden pasar dos cosas:

1. Que las células se mueran. En este caso se fibrosan o se enquistan. Aparecen los fibromas mamarios, uterinos, prostáticos u ováricos. Si la intoxicación se da en tejidos centrales se produce fibrosis pulmonar, renal hepática, etc. Si la intoxicación es a nivel del sistema central mueren las neuronas y aparece el Parkinson, el Alzheimer o la esclerosis múltiple.
2. Que las células sobrevivan mediante varios mecanismos de supervivencia:
 1. *Reteniendo líquidos*. Las células en su afán de protegerse del medio ácido que las rodea forman una burbuja acuosa a su alrededor para aislarse sin perder el contacto con el capilar arterial del que obtiene el oxígeno y los nutrientes, a la vez que sigue liberando toxinas al espacio intersticial. Los tejidos acaban hinchándose debido a la retención de líquidos por acumulación de toxinas y la persona engorda.
 2. *Neutralizando los ácidos mediante su conversión en sales*. Neutraliza el ácido úrico generando urato sódico, causando problemas como la artritis. Neutraliza el ácido carbónico generando carbonato cálcico para lo cual utiliza calcio que obtiene de los huesos apareciendo así la osteoporosis.
 3. *Drenando los ácidos a través de la piel y/o las mucosas*. Esto puede ser la causa de problemas como acné, psoriasis, dermatitis, eccemas...
 4. *Mutando*. La célula recupera la capacidad de automultiplicarse rápidamente, es entonces cuando aparece el cáncer⁵.

Por lo tanto, si queremos conseguir un organismo saludable tendremos que proporcionarle nutrientes esenciales y mantenerlo libre de toxinas.

En nuestra sociedad esto no se debe a la falta de alimentos si no, más bien, a que nos alimentamos dando respuesta a nuestros gustos y preferencias culinarias en vez de hacerlo dando respuesta

a las necesidades nutritivas del cuerpo para un correcto funcionamiento. Al igual que el motor de un coche necesita un combustible específico para marchar nuestro organismo necesita nutrientes esenciales para estar a punto. **Si nos limitamos a comer para saciar el hambre e ignoramos lo que estamos ingiriendo corremos un grave riesgo de acidificarnos**. Por ello se pretende dar a conocer los alimentos, elementos y hábitos que alcalinizan o acidifican nuestro cuerpo, ya que es el punto de partida para lograr una salud plena y sin enfermedades⁶, los profesionales de enfermería podrían contribuir con una labor educativa con respecto a la importancia de seguir una dieta alcalina, al igual que lo hacen con otro tipo de dietas para determinadas patologías (diabetes, cardiopatías...)

DESARROLLO

Para la recogida de los datos se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, para la cual se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó durante el mes de Diciembre de 2013 en Cuiden Plus, utilizando los descriptores: pH y cáncer, alimentos y pH. No se encontraron registros tras la combinación entre las diferentes palabras clave. También se realizó una búsqueda en Internet en el buscador "Google académico" con los mismos términos, los registros oscilaron entre 5-10. La bibliografía acerca del tema es escasa.

Se seleccionaron aquellos documentos que aportaran información acerca de los hábitos adecuados para alcalinizar ligeramente el organismo así como la importancia del pH para el desarrollo de enfermedades, centrándonos en el cáncer. Tras una lectura crítica, analizando el orden riguroso de los artículos y el contenido de los mismos nos quedamos con los reseñados.

1. **Odile Fernández**: la dieta occidental actual es rica en azúcares refinados, harinas blancas, grasas animales y grasas trans y productos lácteos, y pobre en fruta y verdura. Hemos perdido nuestra ancestral y sana dieta



mediterránea y hemos adoptado el modelo de alimentación americano, rico en grasas, azúcares y lácteos. Todos estos alimentos favorecen la inmunosupresión, la acidosis y el ambiente proinflamatorio. Simplemente eliminando estos productos estaremos plantándole cara al cáncer. Las células tumorales tienen avidez por la glucosa, se alimentan del azúcar que ingerimos con los alimentos. Tan clara es esta asociación que cuando a un enfermo con cáncer le realizan un PET para saber si existen metástasis, lo que hacen es inyectar glucosa y flúor intravenoso y posteriormente realizar un TAC para captar las zonas con hiperglucemia. Si hay hiperglucemia, hay cáncer. Por lo que en personas con cáncer es muy importante eliminar los azúcares y mantener unos niveles de glucosa en sangre óptimos, recurriendo a aquellos alimentos que ayuden a mantener la glucemia controlada de manera constante.

Entre los alimentos con alto índice glucémico (IG) tenemos la glucosa, el jarabe de glucosa, arroz y maíz, las patatas fritas, las harinas blancas, el arroz blanco, el almidón de maíz, las pastas blancas de trigo, el pan

blanco... Por tanto hay que sustituirlos por alimentos con IG bajo que nos van a ayudar a tener la glucemia controlada. Se recomienda consumir de manera diaria verduras, frutas y legumbres junto con granos enteros y comidas con altos niveles nutricionales.

Los tóxicos ambientales también influyen en el inicio y progresión del cáncer. Según la OMS hay identificadas más de 200 sustancias como carcinógenas. Entre ellas: tabaco; alcohol; pesticidas; parabenes y derivados del petróleo usados en cosmética; alquifenoles y ftalatos usados en productos de limpieza; el teflón usado como antiadherente en ollas y sartenes; aditivos y conservantes alimentarios; PCBs; PVC; plásticos de policarbonato; presente en plásticos y latas; metales pesados (plomo, mercurio, cadmio...) y una larga lista de sustancias identificadas como cancerígenas. Eliminando carcinógenos ambientales reduciremos la posibilidad de sufrir cáncer y enlentecemos el crecimiento de los tumores ya existentes.

La forma de cocinar los alimentos también influye, los fritos, los rebozados,

ahumados, encurtidos y barbacoas. Daremos prioridad a los alimentos crudos, al vapor y hervidos. El 50% de los alimentos que consumamos deberían ser crudos. Por eso los zumos, batidos y ensaladas deben ser los protagonistas de nuestra dieta. La dieta ideal para luchar contra el cáncer es una dieta variada basada en productos ecológicos y de temporada y preparada de manera artesanal dando preferencia a los alimentos crudos y vivos ya que esto ayuda a reparar el ADN nuclear, neutraliza los radicales libres, repara las membranas celulares, estimula el sistema inmune, detoxifica y limita la extensión de los tumores.

2. Joseph W. Reardon: los alimentos se clasifican como ácidos o alcalinos de acuerdo al efecto que tienen en el organismo humano después de la digestión y no de acuerdo al pH que tienen en sí mismos. Es por esta razón que el sabor que tienen no es un indicador del pH que generaran en nuestro organismo una vez consumidos. Muchas veces un alimento de sabor ácido tienen un efecto alcalino, por ejemplo las frutas cítricas; el limón es alcalino porque los minerales que deja en el cuerpo después de la digestión

ayudan a eliminar iones de hidrogeno y disminuir la acidez del cuerpo.

El metabolismo personal también juega un rol determinante en este sentido. Por ejemplo, ciertas frutas que contienen ácidos orgánicos, como el tomate y los cítricos a pesar que normalmente crean un efecto alcalino, en algunas personas pueden dejar residuos ácidos. Esto sucede sobre todo cuando las personas tienen poca acidez en el estómago o cuando tienen mal funcionamiento de la tiroides.

A veces se considera que los alimentos acidificantes no son saludables y esto es un error de concepto. Acidez y alcalinidad son opuestos, ambos necesarios y requerimos de ambos para lograr equilibrio en el organismo. La preferencia actual por las comidas alcalinas se debe a que la dieta americana es extremadamente ácida, lo cual genera problemas de salud.

Acerca de la acidez que generan las comidas altas en grasa y azúcar algunos especialistas de la salud afirman que la acidez puede destruir los huesos, porque el organismo necesita robar minerales alcalinos de los huesos (entre ellos calcio) para disminuir el pH ácido de la sangre. La siguiente lista no es completa, solamente incluye aquellos alimentos sobre los que la mayoría de los analistas coinciden en calificar como ácidos o alcalinos después de ser digeridos. Existe desacuerdo con respecto al pH de ciertos alimentos, debido a ello estos últimos no han sido incluidos. Alimentos alcalinizantes: sandía, naranjas, manzanas, nectarinas, piña, dátiles, tomate, brocoli, zanahoria, col, berengena, hongos, stevia para endulzar, huevo (escalfado) queso cottage, pechuga de pollo, tempe (fermento), tofu (fermento), canela, curry, jengibre, mostaza, sal de mar y todas la hierbas. Alimentos acidificantes: ciruelos, arándanos, ciruelas pasas, espinaca cocida, papas sin piel, chocolate, guisantes verdes, maíz, avena,

centeno, arroz blanco, la mayoría de los quesos vaca y cabra, mantequilla, anacardos, carne de cerdo, marisco, alcoholes, harina blanca.

También el autor incluye como elementos acidificantes: aspartamo (edulcorantes), drogas sicodélicas, medicinas, drogas químicas, pesticidas y herbicidas.

Existen numerosos síntomas a consecuencia de la acidificación del organismo: acné, dolor muscular, mareo, baja energía, agitación, alergias alimentarias, que pueden provocar a la larga enfermedades desde más leves hasta mortales.

3. Gogo Bela: el equilibrio entre estos dos componentes, ácido-alcalino, es esencial para nuestra salud a todos los niveles. todos los procesos metabólicos del cuerpo producen enormes cantidades de ácido, minuto a minuto, a pesar de que para poder funcionar apropiadamente, las células y los tejidos, necesitan un entorno alcalino, y el cuerpo hará todo lo que esté en su mano para mantener su diseño alcalino y mantener el equilibrio del pH.

La acidificación se produce no solo por las propias funciones del cuerpo, sino por un desequilibrio en las dietas, que son enormemente acidificantes, produciendo una sobre acidificación de las células, tejidos, órganos y finalmente la sangre. Este desequilibrio crea el marco para el caos, abriendo la puerta a las enfermedades y patologías de todo tipo.

Las enfermedades físicas, crónicas y agudas, y el malestar son casi siempre consecuencia del exceso de ácido que estresa el equilibrio del pH del cuerpo, llegando a producir los síntomas que ya conocemos como enfermedades. La enfermedad también puede ser el resultado de haber estado expuesto a fuentes tóxicas, contaminación de todo tipo

(pero es más inusual). Dependiendo del nivel de acidez, muchas veces los síntomas son apenas perceptibles. La buena noticia es que podemos revertir ese estado ácido, siendo responsables y eligiendo otros estilos de vida y otros alimentos. Nuestro cuerpo no puede soportar por mucho tiempo permanecer en un estado ácido. La acidificación se presenta en el cuerpo en 7 fases:

1. Pérdida energía.
2. Sensibilidad e irritación.
3. Mocos y congestión.
4. Inflamación.
5. Endurecimiento de tejidos blandos (induración, incluyendo lupus, lyme, fibromialgia, endurecimiento de las arterias, placa)
6. Ulceración.
7. Degeneración (cáncer, enfermedades coronarias, infarto, sida, esclerosis múltiple, diabetes...)

Entre los alimentos alcalinos tenemos: las verduras de hojas verdes, como las espinacas, rúcula, brócoli, lechuga, canónigos, etc., también las patatas con piel, boniatos, tomates, pepinos, etc., las legumbres como los garbanzos y lentejas, las semillas y las nueces, almendras y avellanas. Limón, lima y pomelo. La sal buena no refinada... Los cereales como la quinoa, el mijo, trigo sarraceno, espelta y el arroz integral o el tofu. Los alimentos que básicamente nos acidifican son: proteínas de origen animal; carnes de todo tipo, huevos, lácteos. El azúcar en todas sus formas, hidratos de carbono refinados; arroz blanco, pan, pasta (trigo). **Lo ideal es que un 80% de nuestro alimento sea alcalinizante y que un 20% sea acidificante para mantener el equilibrio.**

Las emociones pueden provocar aún más acidez que lo que comes o bebes. Las emociones negativas incluyen pensamientos, sentimientos, experiencias, memorias conscientes e inconscientes, sueños. Todos ellos causan "estrés" y el estrés genera mucho ácido en el cuerpo. Por eso

es importante trabajarse todos estos aspectos. Lo que ingerimos, bebemos y nuestras emociones, son importantes para recuperar nuestro equilibrio interior. Evidentemente, si no cuidamos el aspecto mental, emocional y espiritual, solucionando nuestros conflictos como la falta de autoestima, el orgullo, ira, miedos, etc., difícilmente alcanzaremos ese estado alcalino y también nos costará mantenerlo. Además los pensamientos negativos consumen muchísima más energía que los positivos, agotando por ende, el cuerpo.

La práctica del deporte favorece un estado alcalino, el ejercicio nos hace respirar y obtener oxígeno, y hace que sudemos. Moviliza el sistema linfático y al hacerlo nos ayuda a estar alcalinos y a mantenernos así. El ejercicio nos permite eliminar las toxinas del cuerpo, eliminar la acidez del tejido graso. También es importante para fortalecernos y ganar flexibilidad, para fortalecer el sistema cardiovascular, los huesos y las articulaciones. Mejora el metabolismo, la presión sanguínea, equilibra el nivel de triglicéridos en sangre y los niveles de insulina. La naturaleza también favorece la alcalinidad, en la naturaleza hay mucho más oxígeno y el oxígeno es necesario para la vida. En un entorno con oxígeno el ambiente está cargado de iones negativos. En las ciudades hay menos oxígeno, y hay todo tipo de contaminación, no solo por los coches, sino por las ondas que circulan de todo tipo, de las torres de telefonía móvil, wifis, entramado eléctrico, calefacciones, etc. Todo ello contribuye a mantener un entorno cargado con iones positivos (cuando llueve es al revés, los iones son negativos). Y este entorno favorece la acidificación. Además en la naturaleza, hay menos ruido y favorece la tranquilidad. En las ciudades hay tanto ruido que es difícil no estresarnos.

4. **Marti Bosh:** debemos evitar la acidificación del cuerpo para conservar la salud pero si ya se está enfermo habrá que hacer una desintoxicación

“de urgencia” alcalinizando el organismo. Para lograrlo (siempre dirigidos por un especialista en medicina natural) hay que seguir las siguientes recomendaciones:

- Seguir una dieta alcalina e hiposódica evitando alimentos como el café, alcohol, azúcar, lácteos, carnes rojas, hidratos de carbono refinados, grasas saturadas y sal. Hay que aumentar el consumo de proteínas vegetales y disminuir el de proteínas animales consumiendo abundantes frutas y verduras frescas, legumbres, cereales integrales, frutos secos como almendras, pasas y dátiles. Hacer dieta vegetariana un día a la semana. Tomar infusiones de plantas depurativas como tomillo, alcachofa y té verde.
- Evitar sustancias sintéticas, medicamentos, drogas, estrés, sustancias químicas ambientales y consumir productos ecológicos y frescos.
- Tomar baños de agua caliente con sal marina (1/2 bañera de agua y dos kilos de sal) durante veinte minutos. Con el agua caliente se dilatan los poros de la piel y al ser la salinidad del agua mayor que la del plasma se logrará ósmosis, de forma que el agua de nuestro cuerpo sale arrastrando toda clase de toxinas y sales minerales a través de los poros hacia el exterior.
- Limpiezas de colon tomando zumo de aloe vera durante una semana y poniéndose después un enema de 2 litros de agua templada.
- Tomar oligoelementos, para mejorar la actividad de los pulmones, hígado y riñones (siguiendo los consejos de un especialista).
- También se puede hiperoxigenar al paciente con enzimas u ozonoterapia y hacer tratamientos físicos como acupuntura, osteopatía, fisioterapia, magnetoterapia, etc, dirigidos a restablecer los mecanismos funcionales y energéticos celulares.

CONCLUSIONES

En la revisión bibliográfica consultada se encuentran puntos de coincidencia

y aportaciones que se complementan entre los autores y que a continuación se resaltan:

- Todos los autores coinciden en la importancia de mantener el pH del organismo ligeramente alcalino para prevenir enfermedades y sentirse bien. Se ha demostrado científicamente que las mayorías de las enfermedades se desarrollan en un cuerpo ácido y por el contrario las enfermedades desaparecen en un cuerpo ligeramente alcalino.
- En un entorno alcalino y depurado se recuperarán las funciones del hígado, pulmón y riñón y las toxinas se eliminarán sin problema no produciéndose acúmulos de las mismas.
- La acidificación se produce no solo por las propias funciones del cuerpo, sino por un desequilibrio en las dietas, que son enormemente acidificantes, produciendo una sobre acidificación de las células, tejidos, órganos y finalmente la sangre. Este desequilibrio crea el marco para el caos, abriendo la puerta a las enfermedades y patologías de todo tipo. **Lo ideal es que un 80% de nuestro alimento sea alcalinizante y que un 20% sea acidificante para mantener el equilibrio.**
- Entre los alimentos alcalinos tenemos: las verduras de hojas verdes, como las espinacas, rúcula, brócoli, lechuga, canónigos, etc., también las patatas con piel, boniatos, tomates, pepinos etc., las legumbres como los garbanzos y lentejas, las semillas y las nueces, almendras y avellanas. Limón, lima y pomelo. La sal buena no refinada... Los cereales como la quínoa, el mijo, trigo sarraceno, espelta y el arroz integralo el tofú... Los alimentos que básicamente nos acidifican son: proteínas de origen animal: carnes de todo tipo, huevos, lácteos.
- La mayoría de las personas en el mundo comen por puro gusto para satisfacer sus gustos y preferencias de alimentos favoritos. Este tipo de proceso conlleva a las personas a consumir alimentos que generalmente son muy pobres en valor nutricional y causan a largo plazo acidosis, enfermedad y obesidad. Por esta razón, es

recomendable siempre ser racional a la hora de comer, con el propósito de tener siempre en cuenta el efecto que ese alimento va tener en ti, ya sea positivo o negativo.

- La influencia de la comida chatarra, como las hamburguesas, perritos calientes, patatas fritas, entre otros, necesitan ser eliminadas de la dieta de cualquier persona que padezca o que quiera prevenir su riesgo a padecer de cáncer. Es muy desafortunado hoy en día ver el número de personas alrededor del mundo que consumen de manera frecuente estos tipos de alimentos sin considerar su impacto negativo al largo plazo.
- Conocer los alimentos, elementos y hábitos que alcalinizan o acidifican nuestro cuerpo es el punto de partida para lograr una salud plena y sin enfermedades. Es importante tener en cuenta que nuestra salud no se encuentra totalmente en las manos de los médicos, sino también en nosotros mismos, debemos tomar control de nuestros hábitos, de lo que comemos y bebemos para poder combatir y vencer las enfermedades y lograr una excelente salud.
- No debemos esperar a tener problemas de salud para empezar a cuidarnos y ayudar a nuestro organismo a prevenir enfermedades. Nuestra dieta actual es rica en alimentos acidificantes, abusamos de azúcares, harinas y grasas refinadas, grasas saturadas, sal, proteínas animales, lácteos, café, alcohol y bebidas azucaradas. A menudo consumimos alimentos precocinados y hemos disminuido drásticamente el consumo de alimentos frescos, vegetales, hortalizas, frutas y legumbres. Si cambiamos estos hábitos perjudiciales por otros saludables como seguir una dieta alcalina, tomar baños de agua con sal una vez a la semana y beber infusiones depurativas, como, por ejemplo de alcachofa, tomillo y té verde, nuestro cuerpo se alcalinizará porque no retendrá toxinas, podremos prevenir muchas enfermedades, incluso el cáncer y nos encontraremos con más energía, mucho menos cansados.
- Hay que aclarar que aunque se haga todo esto al pie de la letra no quiere decir que se esté exento de tener cáncer, pero si disminuirán las probabili-

dades de padecerlo y, en ese caso, será más fácil combatirlo.

- Una de las mejores recomendaciones para que la medicina sea el alimento de uno es saber que tipos de nutrientes tienen los mismos y lograr mejores efectos que las medicinas en formas de medicamentos y pastillas. Los expertos siempre han recomendado consumir de manera diaria verduras, frutas y legumbres junto con granos enteros y comidas con altos niveles nutricionales.
- Enfermería puede llevar a cabo una gran labor docente enseñando a sus pacientes a alimentarse correctamente. 🍌

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. La dieta alcalina para el cáncer. Disponible en <http://muybio.com/la-dieta-alcalina-para-el-cancer>
2. Importancia del pH en el enfermo con cáncer. Disponible en <http://www.psiquis-vs-cancer.com.ar/ph.html>
3. La alcalinidad como base de la salud. Disponible en: <http://gogobela.wordpress.com/alimentacion/>
4. Reardon, J. W. North Carolina Department of Agriculture and Consumer Services Food and Drug Protection Division. Disponible en: <http://www.psiquis-vs-cancer.com.ar/North%20Carolina%20Department%20of%20Agriculture.pdf>
5. Marti Bosh, A. Afrontar el cáncer de forma holística. Disponible en: <http://hermandad-blanca.org/2012/09/15/afrontar-el-cancer-de-forma-holistica-dr-alberto-marti-bosch/>
6. <http://bicarbonatosodico.com/Libro%20Bendito%20Alcalino%20bicarbonato-de-sodio.html>



ANA NACE. elpais.com

GEICAM es una Asociación Científica de carácter no lucrativo que se constituyó en 1995 con el fin de responder a una demanda de investigación en el Ca. de mama y que cuenta con un equipo humano de gran profesionalidad, especializado en la gestión integral de los ensayos clínicos relacionados con dicha patología.

Desde sus inicios hasta la actualidad, se ha convertido en el grupo de investigación en cáncer de mama más importante en nuestro país, colaborando con los grandes grupos internacionales punteros en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Su presidente, desde hace unos 19 años, es el Dr. Miguel Martín Jiménez.

El Dr. Martín es especialista en Oncología Médica con más de 30 años de experiencia profesional.

En la actualidad es jefe de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, además de profesor de Oncología Médica en la Universidad Complutense de Madrid.



Entrevista a...

MIGUEL MARTÍN JIMÉNEZ

Rosabel Escamilla

En varias ocasiones se ha definido como un defensor de la sanidad pública y universal. ¿Considera que la amenaza de la gestión privada en el sistema sanitario español continua su andadura de una forma solapada y oculta?

Desde luego que soy un defensor de la sanidad pública, porque creo que es la mejor solución para mayoría de las personas y porque creo que la gran mayoría de los españoles son también partidarios de la misma. Sin embargo, no creo que la sanidad privada sea una amenaza para la sanidad pública. La sanidad privada tiene su sitio y su misión y no es sensato demonizarla ni echarle la culpa de los males de la sanidad pública. En mi opinión, las mayores amenazas para la sanidad pública son tres: la propia rigidez de su estructura y funcionamiento, la aparente incapacidad de los grandes partidos políticos para llegar a un consenso

sobre un modelo sostenible y el fraccionamiento del modelo debido a la transferencia de la sanidad a las autonomías, que propicia desigualdades regionales. El sistema público de salud debe sufrir cambios importantes si quiere sobrevivir. Además, se necesitaría un gran acuerdo político para definir qué modelo de sanidad pública queremos y cómo debemos gestionarlo. Finalmente, dado que es difícil pensar que la actual transferencia de competencias sanitarias tenga marcha atrás, se necesitan formas eficientes de colaboración entre autonomías para evitar desigualdades. El actual Consejo Interterritorial, que se creó para ello, no está valiendo para mucho.

La política de personal es una de las áreas que necesita cambios urgentes. Las plazas vitalicias son una rémora para el sistema, que debería ser corregida cuanto antes, aunque ello supondría un

cambio en la ley de la función pública. Algunos requerimientos de los concursos de plazas directivas y la valoración de los currícula y proyectos gestores deberían ser urgentemente revisados, están encaminados a favorecer a las personas de perfil funcional. Otras medidas, como la introducción de incentivos económicos y la promoción profesional, deberían ser posibles, no se puede recompensar igual a personas que ponen diferente empeño en su trabajo, es desmotivador e injusto.

En una entrevista realizada a un periódico de nuestro país, usted califica a los españoles como envidiosos y tolerantes de los actos corruptos. ¿Podría explicar esta idea que tiene del comportamiento de los españoles?

Debe Vd. entender esas declaraciones en su contexto, realmente estaba haciendo una autocrítica como ciudadano español,

no acusando a los españoles de nada. Respecto a la envidia, es uno de los defectos nacionales (no soy yo el que lo dice) pero yo no he dicho que todos los españoles sean envidiosos, ni que lo sean siempre, ni que la envidia sea la característica que define el carácter nacional. Si que dije que los españoles tenemos una gran tolerancia con la corrupción, que debemos corregir urgentemente. Me gustaría estar equivocado en esto pero, si no es cierto, ¿cómo se explica que se pase tan escasa factura política a los partidos políticos que se han visto involucrados en casos flagrantes de corrupción?. ¿Y como se explica que tan sólo un pequeño porcentaje de corruptos estén en la cárcel y además no hayan devuelto ni un céntimo de lo que se llevaron? En el día a día, podemos identificar claros ejemplos de corrupción que son admitidos como práctica "normal", podría extenderme sin fin en este comentario, pero citaré simplemente el amiguismo, y el nepotismo que siguen campando a sus anchas en el panorama nacional. ¿Cómo no voy a tratar de "colocar" a mi hijo o a mi mujer si se presenta la ocasión? Es "humano", decimos. Obviamente, el problema de la corrupción no es exclusivo de España, la corrupción parece estar latente en la condición humana, pero los países más avanzados se han dado cuenta de ello y han establecido sistemas eficientes de control que limitan el riesgo de caer en la tentación. La legislación española es muy blanda en este campo y la justicia española es lenta e ineficiente, ambas necesitan en mi opinión un cambio radical para eliminar progresivamente esta lacra.

Hace unos 5 años, fue nombrado Jefe de Oncología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Durante este tiempo, puso en marcha una Unidad de Ensayos Clínicos. Esta Unidad está formada, entre otros profesionales, por enfermeras de investigación y enfermeras clínicas. ¿Qué papel otorga a la Enfermería en dicha Unidad?

La enfermería juega un papel fundamental en cualquier unidad de investigación clínica, no puede entenderse tal unidad sin una participación amplia de la enfermería.

Me temo, sin embargo, que este papel está poco reconocido por la administración, por muchos médicos y, lo que es aun peor, por muchas de las propias enfermeras, que no parecen entender el enorme potencial de desarrollo profesional que la investigación clínica tiene para la enfermería.

Es popularmente sabido que es la industria farmacológica la que promueve la realización de ensayos clínicos. En un porcentaje alto, lo que se investiga son nuevos fármacos para tratar la patología oncológica. ¿Considera importante la realización de otros ensayos en los cuales no se investigara una droga nueva?

La industria farmacéutica juega un papel crucial al investigar nuevos fármacos y permitir su comercialización. Este papel es socialmente útil y debe ser reconocido. Sin embargo, cuando un nuevo fármaco llega al mercado, sólo tenemos de él una idea parcial de su eficacia y su potencial terapéutico. Se necesitan nuevos estudios que contesten a preguntas que los estudios de la industria no ha contestado o no tiene interés en contestar. Estos estudios eran antes realizados por la investigación independiente, pero la legislación actual impide en la práctica su puesta en marcha al requerir entre otras cosas que los investigadores proporcionen los fármacos (aunque estén aprobados para la indicación).

Podría explicarnos que es la Investigación Clínica Independiente

La investigación clínica independiente es aquella realizada a iniciativa de investigadores independientes o grupos cooperativos de investigadores independientes. Intenta contestar preguntas que son relevantes para los pacientes pero no han sido atendidas por el propietario del fármaco en el desarrollo del mismo. Usualmente se realiza con fármacos ya comercializados, cuyo uso se intenta optimizar.

Existe alguna financiación por parte de la Industria Farmacológica para poder realizar Investigación Clínica Independiente?

Puede existir, siempre que la industria implicada esté interesada en el estudio. El

problema aparece cuando la industria no está interesada, o el fármaco ha perdido la patente, por lo que ninguna industria está interesada en hacer nuevos estudios con él.

¿Qué interesa investigar?

Todo aquello que no ha quedado claro en los estudios de registro de los fármacos. Los fármacos antineoplásicos son aprobados para una indicación concreta y restringida. A menudo, los fármacos son más útiles cuando son administrados en otras condiciones, o a otras dosis, o en otros esquemas de administración, pero ello debe demostrarse con la realización de nuevos estudios.

¿A quién le interesa investigar?

A la industria farmacéutica para poner nuevos fármacos en el mercado. A muchos investigadores clínicos que colaboran con la industria en este proceso necesario. A algunos investigadores independientes inquietos que tratan de contestar preguntas que se plantean en la clínica diaria y que no han sido contestadas por los estudios de la industria. Y, desde luego a las asociaciones de pacientes, que deberían implicarse mucho más en el proceso de investigación clínica, aunque afortunadamente ya están comenzando a hacerlo. La visión de los pacientes a menudo se olvida, pero debe ser tenida en cuenta cada vez más, los pacientes son claves para entender las verdaderas necesidades clínicas no cubiertas.

¿Considera de vital importancia la investigación para poder mantener el actual sistema sanitario en España?

La investigación clínica propiciada por la industria farmacéutica proporciona financiación a la sanidad pública y oportunidades a los pacientes de acceso precoz a nuevos y prometedores fármacos. Una sanidad sin investigación es una sanidad incompleta, en especial en algunas especialidades, como la Oncología Médica, en la que aun nos enfrentamos con tasas de mortalidad del 40%, una cifra que permanentemente nos recuerda lo que aun queda por mejorar. 📞



Nuestr@s compañer@s de...

Unidad de Paliativos del Hospital Gregorio Marañón



Rosabel Escamilla y Manuel Olivares

La Unidad de Paliativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, inició su andadura en el año 1990. Durante este largo periodo de tiempo, esta Unidad, ha ido evolucionando paso a paso desde sus inicios siendo considerada ,en la actualidad ,como una de las mejores a nivel nacional, tanto por la formación del personal

como por la aplicación de nuevos métodos para la atención integral del paciente paliativo.

En un principio, los pacientes que eran atendidos eran principalmente oncológicos. Esto cambió cuando surge la necesidad de atender a otros pacientes en la fase final de la vida, como puede ser

los pacientes con ELA, demencias, etc. y es en este momento cuando surge el Equipo de Soporte.

El Equipo de Soporte Hospitalario de Paliativos atiende a los enfermos con necesidades paliativas y a sus familias con el fin de conseguir una mejor atención, mejorar el control del dolor y otros



síntomas y, si es necesario, reubicarles en el mejor entorno posible, ya sea en el domicilio o en las Unidades de Cuidados Paliativos de los hospitales de media o larga estancia.

El objetivo principal de estas Unidades es garantizar el derecho de los pacientes y sus familiares a vivir el proceso de final de vida con el máximo de calidad y confort y el mínimo sufrimiento.

La Unidad está integrada por:

- Médicos: 6
- Enfermeras: 14
- Auxiliares: 11
- Sanitarios: 2

El personal se distribuye en los 3 turnos laborales.

Las enfermeras que forman el Equipo de Soporte están integradas en el número

total de enfermeras y van rotando también por la Unidad de hospitalización. Cuando reciben una interconsulta de cualquier otro servicio del hospital, para una primera toma de contacto, asisten un médico y una enfermera, haciendo la valoración del paciente en conjunto. ➡



DOLOR Y CÁNCER

DESCRIPCIÓN

El dolor es un síntoma de múltiples enfermedades. Existen diversas maneras para definir el dolor. Con frecuencia se describe así: el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, que generalmente se asocia con una lesión presente o potencial que se expresa como si ésta existiera¹.

La presencia del dolor dentro de un proceso oncológico es variable, y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual al dolor de cada persona. Se calcula que el dolor es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento y el 75% en enfermedad avanzada.



ETIOLOGÍA

- **Invasión Tumoral (70%)**
 - Invasión ósea.
 - Obstrucción de órgano hueco o sistema excretor.
 - Ulceración de la mucosa.
 - Obstrucción o invasión de estructuras vasculares.
- **Diagnóstico y tratamiento (20%)**
 - Procedimientos diagnósticos y de estratificación.
 - Cirugía.
 - Radioterapia (enteritis, mucositis y neurotoxicidad).
 - Quimioterapia (mucositis, neurotoxicidad).
- **Síndromes inducidos por cáncer (<10%)**
 - Debilidad favorecedera (estreñimiento, espasmo rectal o vesical).
 - Síndrome paraneoplásico.
- **No relacionados con el cáncer o su tratamiento**
 - Infarto de miocardio, enfermedad isquémica.
 - Enfermedades reumáticas / artropatías.
 - Otros.

SÍNTOMAS

- La intensidad del dolor se mide mediante lo que se denomina Escala Visual Analógica (EVA), que consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. De acuerdo con esta escala el dolor se clasifica en:
 - Leve: EVA de 0-3.
 - Moderado: EVA de 4-6.
 - Intenso: EVA de 7-10.
 - Muy intenso: EVA más de 10.

SEGÚN SU DURACIÓN

- **Agudo:** dura menos de 3-6 meses, de comienzo bien definido con signos y síntomas objetivos.
- **Crónico:** persiste más de seis meses y no suele acompañarse de signos objetivos y para su control es necesario utilizar distintos enfoques de tratamiento.

SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS

- **Visceral:** es un dolor constante, sordo, mal localizado. Se origina por daño o presión de órganos y vísceras¹.
- **Somático:** es también constante, intenso, bien localizado, opresivo y punzante. Se origina en la piel, músculos o los huesos.
- **Neuropático:** es un dolor que se produce por una lesión del sistema nervioso central o periférico. Es un dolor que se describe como una descarga eléctrica, desagradable, quemante, punzante, hormigueo, acorchamiento, picor, tirantez. Suele describirse como un dolor agudo.
- **Incidental o desencadenado:** suele aparecer el dolor con el movimiento, no es continuo pero si muy intenso.
- **Impredecible:** sin causa aparente conocida y puede durar de minutos a horas y no volverse a repetir.

TRATAMIENTO

- **Los analgésicos no opioides:** antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Entre otros, se encuentran el aceclofenaco, diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno, piroxicam, ketorolaco, ácido acetil salicílico y el paracetamol. Eficaces en el tratamiento del dolor leve a moderado, y pueden usarse en combinación con los analgésicos opioides y medicamentos adyuvantes en el dolor moderado e intenso.
- **Los analgésicos opioide:** los opioides débiles, como el tramadol o la codeína y los opioides mayores, como la morfina, fentanilo, buprenorfina, oxycodona, hidromorfona... Los opioides menores se utilizan solos o combinados con los analgésicos no opioides para tratar el dolor cuando es de intensidad leve a moderada. Cuando no se obtiene un alivio suficiente del dolor con estos opioides débiles se utilizan los opioides mayores. La principal diferencia de los opioides mayores es que no tienen límite de dosis, por lo que ésta se puede ir aumentando en función de las necesidades y tolerabilidad de cada persona.
- **Medicamentos adyuvantes:** son fármacos que se utilizan de manera complementaria para ayudar a los fármacos analgésicos en su acción: antidepresivos y anticonvulsivantes, utilizados para aliviar el dolor neuropático, esteroides, en dolor con un origen inflamatorio o los anestésicos locales.
- **Técnicas especiales:** pertenecen las llamadas *bombas de infusión*, que consisten en la administración de analgésicos de forma continua por vía inyectada. Cuando aumenta el dolor se puede aumentar la dosis administrada, y en algunos casos es el propio paciente quien decide cuando hacerlo. Son las llamadas *bombas PCA (analgesia controlada por el paciente)*. Pertenecen también el *bloqueo nervioso*, en el que se inyecta un anestésico directamente en el nervio o alrededor de la médula espinal. También tenemos la *neuroestimulación*, en la que se colocan unos. Estos electrodos se conectan a un cinturón (dispositivo TENS) o bien se coloca directamente como implantes debajo de la piel.
- **Técnicas no farmacológicas:** además de los tratamientos farmacológicos te puedes beneficiar del tratamiento combinado no farmacológico. Entre otros se pueden utilizar las *técnicas de relajación*, que permiten *reducir la tensión corporal y relajar los músculos*. También ayuda a conciliar el sueño y sirve de complemento en el alivio del dolor. La *fisioterapia* también es de utilidad. *Los masajes pueden aliviar las contracturas, también disminuyen la ansiedad*. La aplicación de frío o calor pueden ayudar a disminuir la sensación de dolor si el origen es inflamatorio o muscular, respectivamente. Es conveniente recurrir a profesionales en este ámbito, ya que conocen mejor qué técnica aplicar en cada momento. También se puede considerar la utilización de otras terapias complementarias tales como la *acupuntura*.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Reconocer los signos y síntomas del dolor para su temprana detección y la aplicación de medidas efectivas.
- Valoración de la intensidad del dolor, localización y características del dolor.
- Manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos.

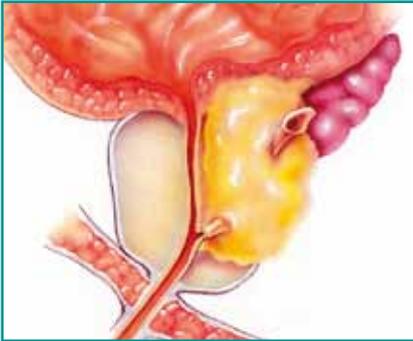
BIBLIOGRAFÍA

1. El dolor en el paciente oncológico. www.seom.org/seomcms/images/.../F_Oncovida_17_BAJA.pdf





Antonio Zamudio



PRIMERA TERAPIA FOCAL CON ELECTROPORACIÓN Y FUSIÓN DE IMÁGENES PARA CÁNCER DE PRÓSTATA

El Hospital Mesa del Castillo de Murcia ha aplicado por primera vez en España la terapia focal con electroporación y fusión de imágenes para el tratamiento del cáncer de próstata. ■



LOS DATOS DEL PERFIL MOLECULAR TUMORAL PERSONALIZAN Y DIFERENCIAN EL ABORDAJE DEL CÁNCER

El abordaje del cáncer en el siglo XXI se centrará en la genómica, ya que permitirá progresivamente entender mejor las diferentes entidades y clasificar los casos no solo por la histología, como hasta la fecha, sino por el perfil molecular. ■



EL GEN NOTCH TIENE ACTIVIDAD ANTITUMORAL EN EL CÁNCER DE VEJIGA

Los genes Notch tienen un efecto perjudicial en algunos cánceres, porque promueven el crecimiento del tumor, mientras que en otros actúan como supresores. ■



LOS PACIENTES DE CÁNCER DE COLON AVANZADO CON MENOS CIRUGÍA TIENEN MEJOR SUPERVIVENCIA

La tasa anual de extirpación del tumor primario del cáncer colorrectal (CCR) en estadio avanzado IV ha disminuido y la tendencia hacia el tratamiento no quirúrgico de la enfermedad coincide con la disponibilidad de los tratamientos de quimioterapia y biológicos más recientes. ■



RETOS DE FUTURO EN PALIATIVOS: CUIDADOS INTEGRADOS E INTEGRALES

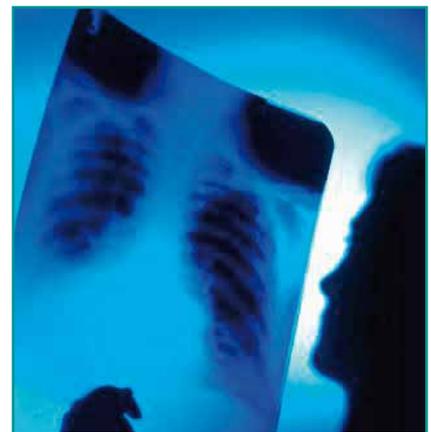
La falta de recursos e información hace que el la mitad de pacientes no accedan

a ellos. La AECC pide facilitar la asistencia domiciliar y mejorar el apoyo psicosocial y humanizado. ■



ECOGRAFÍA PARA EVALUAR CUÁNDO EXTIRPAR LOS GANGLIOS

La ecografía constituye una poderosa aliada para decidir qué mujeres con cáncer de mama y ganglios linfáticos positivos que han sido tratadas con quimioterapia previa a la cirugía deben someterse a linfadenectomía. ■



EL CÁNCER DE PULMÓN, PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE POR CÁNCER

En un informe publicado en el Día Mundial contra el Cáncer se ha observado que el cáncer de pulmón es la principal muerte por cáncer tanto en hombres como en mujeres debido al alto consumo de tabaco. ■



M^a Dolores Fernández



El último número de Noviembre de *Seminars in Oncology Nursing* es un monográfico sobre las Perspectivas Actuales en Cuidados Paliativos y de la que destacaremos tres artículos. Uno que nos habla de la integración de los cuidados paliativos en el tratamiento activo del cáncer y que las investigaciones actuales que dicen que puede mejorar la calidad de vida, la duración de la supervivencia, la carga de los síntomas, el estado de ánimo e incluso la utilización de los servicios de salud. A pesar de esto existen pocos centros que actualmente lo estén haciendo por lo que se aboga por un cambio en la práctica tanto local como nacional. Otro artículo nos habla del aporte de los cuidados paliativos en la atención al paciente pediátrico. A medida que se van conociendo los nuevos protocolos la necesidad de los cuidados paliativos de soporte simultáneos incluyendo el manejo adecuado del dolor y de los síntomas es evidente pero se necesitan programas de desarrollo de cara a la adherencia a la actual recomendación de iniciarlos en el diagnóstico y continuar durante el curso de la enfermedad. Por último otro de los artículos nos habla de las ventajas y desventajas acerca de los diferentes modelos de cuidados paliativos incluyendo los grandes cuatro tipos de cuidado: clínicas ambulatorias, programas a domicilio, unidades hospitalarias y unidades de consulta. La revisión demuestra que la disciplina de cuidados paliativos continua creciendo

en número y tipos de programas de cuidado siendo los últimos los modelos basados en atención ambulatoria y domiciliaria. ■



En el primer número de este año de *Cancer Nursing* destacan cuatro artículos. El primero describe el desarrollo y evaluación de una intervención enfermera como es el asesoramiento telefónico individualizado y un folleto por escrito para aumentar la adherencia a la realización de mamografías entre mujeres estadounidenses chinas (193) ya que la incidencia del cáncer de mama ha aumentado a un ritmo mayor que en mujeres blancas. La intervención aumentó el screening en un 13% comparado con el grupo control a 4 meses por lo que no fue estadísticamente significativa pero al analizarlo se vió que era efectiva en determinados subgrupos demográficos como las mayores de 65 recién inmigradas. La evaluación del proceso determinó que la intervención fue bien aceptada por todos los participantes y percibida como fiable y culturalmente apropiada demostrando una vez más la importancia del rol de la enfermera oncológica como promotor de la adherencia al cribado. El segundo artículo nos habla de la perspectiva de los niños y adolescentes acerca de la calidad de vida relacionada

con la salud durante el tratamiento activo para la leucemia linfoblástica aguda. Se utilizaron dos entrevistas y se compararon respuestas según edad, género, grupo de riesgo, y tiempo de tratamiento con un análisis cuantitativo. Los resultados difirieron significativamente, los adolescentes se concentraban más en estar con sus amigos, y las mujeres en general, reportaban más experiencias negativas. Todos comentaban que habían sido afectados por los síntomas producidos por el tratamiento y algunos describieron la enfermedad como una experiencia de vida. La conclusión es que los dos cuestionarios propuestos son fiables para usarlos como herramientas en la práctica clínica para identificar y evaluar los factores que afectan a la calidad de vida relacionada con la salud durante y después del tratamiento.

Otro artículo estudia la relación que existe entre la calidad del sueño y la calidad de vida antes, durante y después de la quimioterapia en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico. La pobre calidad de sueño y de calidad de vida era evidente antes del tratamiento, pero luego mejoraban después de dos ciclos de tratamiento. Esto se ha relacionado sobre todo con la mejoría también de los síntomas de falta de aliento, tos, dolor torácico, pérdida de peso... que son también los que afectan el sueño y por tanto a la calidad de vida. La implicación práctica es que estos pacientes requieren un screening rutinario y guías de práctica clínica e incluso derivarlos a un especialista en sueño para diagnóstico y tratamiento.

El último artículo nos habla de la estrategia utilizada por la gente para promover la salud en China en 764 pacientes utilizando la versión china de las SUPPH. El C-SUPPH tiene una estructura facto-

rial válida y se puede aplicar fácilmente a estudiar la auto-eficacia en pacientes chinos que son diagnosticadas con cáncer. Los resultados proporcionan apoyo a una medida de auto-eficacia culturalmente sensible, confiable y válida (la C-SUPPH) de la autoeficacia del autocuidado en pacientes adultos chinos con cáncer. ■



Entre los artículos de este número de *European Journal of Oncology Nursing* destacamos uno sobre las necesidades psicosociales de las personas con bajos ingresos con cáncer en Corea con datos de 238 pacientes y en que grado no son atendidas y qué factores influyen en ellas. La categoría más importante como necesaria fue para los profesionales de la salud, seguido por la información. Las necesidades menos cubiertas fueron las emocionales y espirituales seguidas de asuntos prácticos así como la ayuda con temas financieros. El factor más influyente fue el de no tener nadie con quién hablar. Dados los altos niveles de necesidades no cubiertas este estudio proporciona un primer escalón hacia el desarrollo de intervenciones que cubran esas necesidades y las expectativas de estos pacientes. Otro artículo es un estudio original sobre los efectos del ejercicio supervisado en la motivación de las supervivientes de cáncer de mama a los cinco años de seguimiento. Se realiza un ensayo con dos brazos que comparan 12 semanas de entrenamiento de ejercicio supervisado con un grupo con la atención habitual y contactados de nuevo a los 60 meses después de la intervención completando unas evaluaciones sobre los objetivos motivacionales. Este ensayo proporciona evidencias que sugieren que un programa de ejercicio supervi-

sado tiene efectos positivos en los resultados de motivación incluso después de 5 años. Otras estrategias de intervención durante el seguimiento pueden mejorar aún más los resultados de adherencia y de salud a largo plazo en estas pacientes.

El otro artículo destacado nos habla de la experiencia de las mujeres compartiendo la información sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y como decirselo a sus hijos, una tarea que encuentran muy difícil y estresante. Este estudio cualitativo investigaba cuando y como abordaban el tema haciendo especial hincapié en que era lo que influía en qué decirles. La muestra incluyó a diez mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama y sometidas a quimioterapia adyuvante y/o radioterapia al menos 6 meses antes de la entrevista y que tenían hijos que vivían en casa en el momento del diagnóstico. Se llevó a cabo un análisis temático con el fin de valorar los temas principales dentro de esas experiencias así como de los procedimientos utilizados. Todo ello permitirá a los profesionales desarrollar directrices para ayudarlas. ■



El artículo de libre acceso de *Oncology Nursing Society* nos habla de las estrategias de las rondas para impactar en la práctica de la excelencia profesional. La literatura demuestra que los métodos de rondas horarias impactan positivamente en una amplia variedad de resultados de calidad y seguridad, así como la satisfacción del paciente y el personal. En lugar de adoptar una o dos de estas estrategias, los conceptos y las recomendaciones de la literatura asociada han formado la base para implementar en un hospital un compendio de los esfuerzos de estas rondas: rondas de pacientes, rondas de colaboración

interdisciplinaria, rondas clínicas diarias rondas por el educador de la unidad y la supervisora, rondas trimestrales por los responsables de enfermería de alto rango, y rondas de seguridad por parte de los altos ejecutivos. Este artículo



detalla cada una de estas metodologías y como se aplica en una unidad de hematología / oncología 26 camas. Los resultados positivos percibidos que se asocian con las rondas se han logrado para la satisfacción del paciente, el personal y el médico, así como indicadores de calidad clínica. Cada vez se están aplicando más este tipo de estrategias y en el Hospital Lehigh Valley (HVI), un hospital comunitario académico y magnético, se llevaron a cabo seis tipos de rondas en el paciente hospitalizado, de emergencia, y las áreas de atención de pacientes ambulatorios. Este artículo detalla cada metodología de las rondas, incluyendo su propósito, estructura, y los resultados, haciendo hincapié en la aplicación e implementación en la unidad de hospitalización de 26 camas de oncohematología. Las implicaciones para la práctica son que lo que funciona es un compendio de rondas para conseguir metas cualitativas y cuantitativas, que se necesita reforzar y validar de forma continuada el proceso aún después de conseguir objetivos y que estandarizarlas proporciona seguridad a pacientes y personal. ■



El artículo de portada de *Cancer World* está dedicado a Christopher Wild y lleva por título "Seamos prácticos". La comprensión de cómo el cáncer da rienda suelta a sus estragos en el cuerpo humano es importante para el jefe de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, pero su principal preocupación es cómo detenerlo. Un Informe Mundial del Cáncer revela que se espera que la carga del cáncer en todo el mundo aumentará de 14 millones de nuevos casos al año en 2012 a la asombrosa cifra de 22 millones al año para el 2030. Alrededor del 50% de los casos de cáncer en el mundo se pueden prevenir con las bases de conocimiento actual. También dice que estima que alrededor del 90% de los cánceres tienen una causa ambiental o estilo de vida - es sólo que todavía no entendemos los detalles. Así que llegar a enfrentarse con las causas y efectos transforma las perspectivas de ganar la batalla mundial del cáncer. También comenta que tiene que haber científicos de alto nivel pensando en

las áreas de investigación que deben ser independientes de la industria y la manera de financiarlos, y menciona la investigación en la vacunación contra el VPH como un ejemplo que ha tenido una gran influencia debido a su independencia de la industria. *"Quiero salir de la agencia con una buena infraestructura, una misión y un programa científico adaptado que la equipará para al menos los próximos 20 años. Entonces me iré muy satisfecho, creo"*.



El artículo dedicado a los pacientes nos habla de Mindfulness: una manera de vivir la vida en el tiempo presente. *"He aprendido a pasar de verme a mí misma como invulnerable a bastante vulnerable, y saberlo como algo que no puedes alejar. Hay cosas buenas acerca de la vulnerabilidad. Nunca me he sentido tan amada, tan apoyada, cuidada como un tesoro, y he llegado a conocer a algunas personas de una manera que creo que nunca lo habría hecho de otra manera"*. Estas fueron las palabras de June Robson, un mes después de ser diagnosticada de un osteosarcoma. En un principio dijeron que era *"demasiado grande para operar"*, pero tuvo una cirugía después de una segunda opinión. Tuvo tiempo de pensar en cómo su vida se había vuelto del revés después de su

primera dosis de quimioterapia como paciente hospitalizada en el Hospital Christie, de Manchester, en el norte de Inglaterra. Lo que la ayudó a hacer frente a los desafíos psicológicos era una técnica para hacer frente a la realidad del aquí y ahora en lugar de temer por el futuro - la técnica de la atención plena, mindfulness. El impacto de las terapias basadas en mindfulness en las personas con cáncer está atrayendo el interés de la investigación, pero la evidencia es todavía muy limitada. Como ejemplo en el 2013, el ensayo MINDSET dirigido por Linda Carlson de la Universidad de Calgary aleatorizó 271 supervivientes de cáncer de mama con dificultades para la recuperación basada en la recuperación a través del mindfulness con terapia de grupo o el seguimiento (grupo de control) normal. Las mujeres que lo realizaron mostraron mayor reducción de los síntomas de estrés y mejor calidad de vida, e incluso niveles de cortisol más estables que los del grupo control (JCO 2013, 31:3119-26). Actualmente el Consejo Australiano de Investigación Nacional de Salud y Medicina está financiando un estudio multicéntrico de 190 hombres con cáncer de próstata metastásico que recibirá la terapia cognitiva basada en la conciencia o la educación del paciente para ver el efecto sobre los niveles de ansiedad, depresión y angustia, calidad de vida y las percepciones del paciente de los resultados (BMC Cancer 2013, 13:89). ■



Ana Isabel Souto Ramos



COUNSELLING Y PSICOTERAPIA EN CÁNCER

Francisco Luis Gil Moncayo

Editorial: Elsevier

Año de publicación: 2014

ISBN: 9788490225370

Obra monográfica de alta calidad que recoge las herramientas y la información necesaria para el desarrollo de una estrategia adecuada de psicooncología, así como las principales pautas para su puesta en marcha y aplicación.

Avalada por la Sociedad Española de Psicooncología (SEPO) está destinada a convertirse en un referente en temas de counselling y psicoterapia en cáncer, ya que combina estas técnicas con el objetivo de poder dar un soporte psicológico a los pacientes oncológicos y también a sus familiares.

La obra describe los distintos modelos teóricos de psicoterapia y counselling para posteriormente centrarse en un contenido más práctico en torno a las prácticas habituales recomendadas en distintos supuestos.



ENFERMERÍA Y ENVEJECIMIENTO

Misericordia García y Rosa Martínez

Editorial: Elsevier Masson

Año de publicación: 2012

ISBN: 9788445821176

Este libro, de carácter práctico, responde a la importante demanda de conocimientos por parte del colectivo de enfermería geriátrica. Sin embargo, dado el desarrollo actual de la sociedad, puede ser útil para cualquier enfermera.

Incluye temas de gran interés, como los diferentes síndromes geriátricos, procesos oncológicos, alteraciones cognitivas, cirugía, situaciones de urgencia, procesos crónicos o principios éticos aplicados en el cuidado a los ancianos, entre otros.

La obra va dirigida a alumnos de másteres de enfermería geriátrica y a profesionales de esta especialidad.



LA VIDA ES SUERO

Enfermera saturada

Editorial: Plaza y Janés

Año de publicación: 2014

ISBN: 9788401347283

Si no tienes claro si una enfermera que pincha en el turno de noche, es una DJ. Si estás convencido de que la persona que inventa el tamaño de las pastillas, no es buena persona. Si crees firmemente que llamarle pijama a la ropa de trabajo no es serio. Si no soportas a las señoras que te dicen en qué vena tienes que pincharlas y alguna vez te has quedado mirando las venas de alguien en el metro, éste es tu libro. Bienvenido al mundo de Enfermera Saturada. Un mundo donde el delirio se mezcla con el humor, a veces negro y siempre muy fino, y donde el día a día del hospital siempre supera a la ficción. Os lo juro por Florence Nightingale.

Enfermera Saturada se define como una enfermera española que busca su hueco en la sanidad. Sus turnos empiezan en planta, baja a uci, sube a pre-maturos y termina en urgencias. Esta enfermera se maneja como pocas en las redes sociales, desde donde cada día decenas de miles de personas ven cómo repasa, con humor y descaro, la actualidad de su hospital, de cualquier hospital de España.

ETOPÓSIDO - VP-16/

Etopósido[®], Tevagen[®], Sandoz[®]

Marta González Fernández-Conde
FEBRERO 2015

<p>PREPARACIÓN Envase 100 mg- 5 ml Envase 200 mg-10 ml Envase 400 mg-20 ml Envase 500 mg-25 ml Envase 1000 mg-50 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del vial: 20 mg/ml. • Dilución: <ul style="list-style-type: none"> - Dosis entre 50 - 100 mg: en 250 ml de SF o SG 5%. - Dosis entre 100 - 200 mg: en 500 ml de SF o SG 5%. - Dosis > de 200 mg: en 1000 ml de SF o SG 5%. • Concentración recomendada de la dilución: 0.2 - 0.4 mg/ml. • Contiene etanol como excipiente.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar vial a temperatura no superior a 25°C y protegido de la luz. • Estabilidad físico química del vial abierto: 72 horas a TA para Etopósido Teva[®] • Estabilidad físico química de la dilución: Etopósido Sandoz[®] es estable en concentraciones de 0.2 mg/ml, 4 días a TA, y en concentraciones de 0.4 mg/ml, 24 horas a TA, en condiciones normales de luz. En el caso de Etopósido Teva[®], la dilución es estable 120 horas a TA. Etopósido Tevagen[®] es estable 24 horas a TA.
<p>INFUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: 30 - 60 minutos. Si hay hipotensión, aumentar el tiempo de infusión hasta un máximo de 2 horas. • En combinación con Cisplatino, pasar 1° Cisplatino y luego Etopósido. • En combinación con Topotecan, pasar 1° Topotecan y luego Etopósido. • Administración VO: se deben ingerir con el estómago vacío.
<p>EFFECTOS 2^{os}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mielosupresión: principalmente leucopenia y trombopenia. • Alopecia. • Náuseas y vómitos. Diarrea y mucositis. • Hipotensión si la infusión ha sido rápida. • Fatiga, somnolencia. • Amenorrea, posible infertilidad.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Irritante. • Medidas generales. • Hialuronidasa: diluir 150 UI en 3 ml de ClNa al 9% y aplicar Subc 0.5 ml alrededor de la zona cambiando cada vez la aguja.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores testiculares. • Carcinoma microcítico de pulmón. • Enfermedad de Hodgkin. • Linfomas malignos no Hodgkinianos. • Leucemia aguda monolítica y mielomonocítica.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido de etanol como excipiente: Etopósido Tevagen[®] contiene 240 mg/ml. Etopósido Teva[®] lleva 239 mg/ml. Etopósido Sandoz[®] contiene 260,6 mg/ml, así con una dosis de 100 mg/m² y una superficie corporal de 1,6 m², un paciente recibiría 2,1 g de etanol. • Amenorrea, ciclos anovulatorios. Disminución de la fertilidad e hipomenorrea. Puede producir infertilidad en los hombres también. Los pacientes deben ser asesorados sobre la crioconservación de óvulos y espermatozoides. • Toxicidad dermatológica: la alopecia se produce tanto en la administración IV como en la VO. Puede provocar rash, erupción cutánea, dermatitis exfoliante y onicodistrofia. También puede originar flebitis en el punto de punción. Respecto a la Extravasación, no está muy clara la aplicación de calor o frío como medida tópica complementaria, revisiones bibliográficas más recientes, no lo mencionan. • Reacciones anafilácticas: fiebre, escalofríos, taquicardia, broncoespasmo, disnea, hipotensión. Se producen durante o inmediatamente después de la infusión. También se describe rubor facial en un 2 % y erupción cutánea en un 3 % de los pacientes. Son más frecuentes en niños y en adolescentes. • Interacciones: el tratamiento concomitante con warfarina puede producir un aumento del INR. El uso de Aprepitán eleva la concentración en plasma de Etopósido, incrementando así sus efectos secundarios. Ciclosporina a altas dosis también incrementa los niveles séricos de Etopósido. La ingesta de zumo de pomelo reduce los niveles de Etopósido en sangre. La administración concomitante de ciclofosfamida, BCNU, CCNU, 5- fluoruracilo, vinblastina, adriamicina y cisplatino pueden aumentar el efecto mielosupresor del etopósido.
<p>BIBLIOGRAFÍA PREPARACIÓN Envase 100 mg- 5 ml Envase 200 mg-10 ml Envase 400 mg-20 ml Envase 500 mg-25 ml Envase 1000 mg-50 ml</p> <p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etopósido Sandoz, ficha técnica. Laboratorio Sandoz Farmacéutica. Fecha de revisión del texto: julio 2010. • Etopósido Teva, ficha técnica. Laboratorio Teva Genéricos Española. Fecha de revisión del texto: marzo 2010. • Etopósido Tevagen, ficha técnica. Laboratorio Teva Pharma. Fecha de revisión del texto: mayo 2013. • Vepesid capsulas blandas, ficha técnica. Laboratorio Bristol-Myers Squibb. Fecha de revisión del texto: enero 2012. • ETOPOSIDE. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/449DE8/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/579FDC/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocumentLink?docId=0408&contentSetId=31&title=ETOPOSIDE&servicesTitle=ETOPOSIDE • ETOPOSIDO. Disponible en: http://www.pdamecum.com/info/E/etoposido/etoposido-ext.php • Etoposide. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760 • Conde- Estévez D, Mateu- de Antonio J. Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. Farmacia Hospitalaria 2012; 36 (1): 34-42 • Jaime J, Arencibia A, Romero A, Anoceto A, Pavón V. Urgencias en hematología. II. Extravasación de citostáticos. Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia 2012; 28 (2): 120-129.



EPIRUBICINA, EPIADRIAMICINA, 4 EPIDRIAMICINA

Marta González Fernández-Conde

FEBRERO 2015

Epirubicina Hospira®, Actavis®, Accord®, Teva®, Farmorubicina®

<p>PREPARACIÓN INFUSIÓN</p> <p>Envase 10 mg - 5 ml Envase 20 mg - 10 ml Envase 50 mg - 25 ml Envase 100 mg - 50 ml Envase 150 mg - 75 ml Envase 200 mg - 100 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstitución (Farmorubicina®): vial de 10 mg reconstituir con 5 ml de su disolvente. Vial de 50 mg con 25 ml de SF o de API. • Concentración de la reconstitución y del vial con solución inyectable: 2 mg/ml. • Dilución recomendada(*): <ul style="list-style-type: none"> - Dosis < de 150 mg: diluir en 100 ml de SF o SG 5 %. - Dosis > de 150 mg: diluir en 250 ml de SF o SG %. - Intravenosa: según la dosis pautada, completar con SF hasta conseguir un volumen total de 50 ml. • Proteger de la luz. Epirubicina Teva® no precisa protección. • Como excipiente tiene un alto contenido en sodio: 3,5 mg/ml. • Concentración recomendada de la dilución: 0.3 - 1.6 mg/ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar el vial en nevera. • Estabilidad físico química del vial abierto: uso inmediato, no estabilidad. • Estabilidad físico química de la reconstitución: 24 horas a TA y 48 horas en nevera. • Estabilidad físico química de la dilución: Epirubicina Accord® y Actavis® no tiene estabilidad, uso inmediato. Farmorubicina® es estable 24 horas a TA y 48 horas en nevera. Epirubicina Hospira® es estable en bolsas de PVC durante 14 días a TA y 28 días en nevera. Epirubicina Teva® en envase de viaflo y en condiciones normales de luz, es estable 28 días en nevera diluido en SF o SG 5 %, y conservado a TA, es estable 14 días en SF y 28 días en SG 5 %.
<p>ADMINISTRACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión intravenosa: 5 - 30 minutos. Micromedex recomienda la infusión en 15 - 20 minutos para prevenir la aparición de enrojecimiento facial o eritema en el recorrido venoso, indicativos ambos de infusión demasiado rápida. • En combinación con Docetaxel: infundir 1º Epirubicina y luego el Docetaxel, dejando un tiempo de espera entre medias. • En combinación con Paclitaxel: infundir la Epirubicina y a las 24 horas el Paclitaxel. • Instilación intravesical: instilar y dejar actuar durante 1 - 2 horas rotando al enfermo 15 minutos en cada una de las 4 posiciones, para que se distribuya en toda la vejiga por igual. Después el paciente puede vaciar la vejiga. • Advertir al paciente de la posible coloración roja de la orina.
<p>EFFECTOS 2^{OS}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiotoxicidad. • Mielosupresión: anemia y neutropenia principalmente. • Alopecia. Hiperpigmentación de la piel y uñas. • Mucositis: a los 5 - 10 días. Náuseas, vómitos y diarreas. • Alteración del gusto y el olfato. • Fleboesclerosis, eritema en el lugar de la perfusión. • Raramente se puede producir fiebre, escalofríos y urticaria. • Amenorrea. Posible infertilidad en el hombre.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vesicante. • Medidas generales. • Administración de Dexrazoxano o Savene®: no aplicar o retirar 15 minutos antes el frío local. Reconstituir la cantidad necesaria de Dexrazoxano con 25 ml de API y diluirlo en 500 ml de SF. Infundir en 1 ó 2 horas. La primera dosis debe realizarse lo antes posible y dentro de las 6 primeras horas. La 2ª y la 3ª dosis, a las 24 y 48 horas respectivamente. • En caso de pequeñas extravasaciones (< 5 ml) se puede aplicar DMSO 99 % tópico en el doble del área afectada. Dejar secar al aire. Aplicar cada 6 horas durante 14 días. Frío local durante 60 minutos cada 8 horas durante 3 días. • El dolor del paciente se puede aliviar manteniendo la zona fría y aplicando ácido hialurónico.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma de mama. • Cáncer de ovario avanzado. • Cáncer gástrico. • Cáncer de pulmón de células pequeñas. • Sarcoma de tejidos blandos. • Administrado intravesicalmente: carcinoma de las células papilares de transición de la vejiga. Carcinoma in situ de vejiga. Profilaxis de las recurrencias de carcinoma vesical superficial después de la resección transuretral.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración intravenosa: no se ha encontrado apenas documentación reciente sobre la cantidad en la que se debe diluir la Epirubicina para su infusión. Existe un estudio del año 2010 en el que se analiza la de estabilidad de la Epirubicina diluida a una concentración entre 0.3 - 1.6 mg/ml y es en el que me he basado para recomendar las diluciones. • Administración intravesical: en el cáncer vesical superficial, el protocolo a seguir es una instilación semanal de 50 mg durante 8 semanas, y en el carcinoma in situ de 80 mg. Como profilaxis serían 4 instilaciones semanales de 50 mg, seguidas de 11 mensuales. Es posible que se den síntomas locales como sensación de quemazón y micción frecuente. Puede producir síntomas de cistitis química (disuria, poliuria, nocturia, estranguria, hematuria, malestar de la vejiga y necrosis) y contracción de la vejiga. • Cardiotoxicidad: puede ser <i>precoz</i>, pudiendo producir taquicardia sinusal, cambios en el ECG (segmento ST y onda T), taquiarritmias, extrasístoles ventriculares, bloqueo de rama derecha y auriculoventricular. Y puede ser <i>tarde</i>, a los 2 o 3 meses tras finalizar el tratamiento, pudiendo provocar una disminución de la fracción de eyección del ventrículo derecho (FEVI), y síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva. Se recomienda hacer un ECG antes



EPIRUBICINA, EPIADRIAMICINA, 4 EPIDRIAMICINA

Epirubicina Hospira®, Actavis®, Accord®, Teva®, Farmorubicina®

Marta González Fernández-Conde

FEBRERO 2015

y después de cada ciclo. Los factores de riesgo para el desarrollo de la cardiotoxicidad incluyen enfermedad cardiovascular, radioterapia previa o concomitante en el área mediastínica, tratamiento previo con otras antraciclinas y el uso concomitante de otros fármacos cardiotoxicos como el Trastuzumab, con un mayor riesgo en pacientes de edad avanzada.

- La Epirubicina puede producir daño cromosómico en los espermatozoides humanos, por lo que se debe utilizar un método anticonceptivo efectivo durante el tratamiento y hasta 6 meses después. Los hombres deben solicitar asesoramiento sobre la crioconservación de esperma debido a la posibilidad de infertilidad.
- La administración intraarterial puede dar lugar a necrosis extendida del tejido perfundido, así como úlceras gastroduodenales y colangitis esclerosante.
- **Reacciones en el lugar de administración:** enrojecimiento, eritema, flebitis y fleboesclerosis. La esclerosis de la vena se puede producir como consecuencia de canalizar vasos pequeños o repetidas veces sobre el mismo vaso.
- **Extravasación:** en el 2009 Langer S. et al, realizan una revisión bibliográfica muy interesante sobre los tratamientos para la extravasación de las antraciclinas. Concluye que el único antídoto eficaz es el Dexrazosano. El uso de ácido hialurónico también obtuvo una buena respuesta, pero está poco documentado. El DMSO solamente fue eficaz en extravasaciones de pequeñas cantidades. La aplicación de bicarbonato es citada en varias fuentes, pero su beneficio no está muy claro y sin embargo puede llegar a tener un efecto irritante. En el caso de fracaso del tratamiento específico se puede utilizar factores estimulantes de colonias (1 ml de GM-CSF + 9 ml de SF), aplicándolo intralesional en los bordes de la úlcera.
- Debe evitarse la vacunación con vacunas vivas pues puede producirse infecciones graves. Pueden administrarse las vacunas inactivadas aunque la respuesta puede verse disminuida.

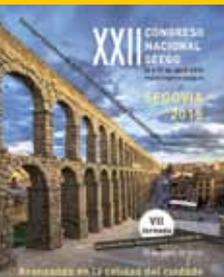
BIBLIOGRAFÍA

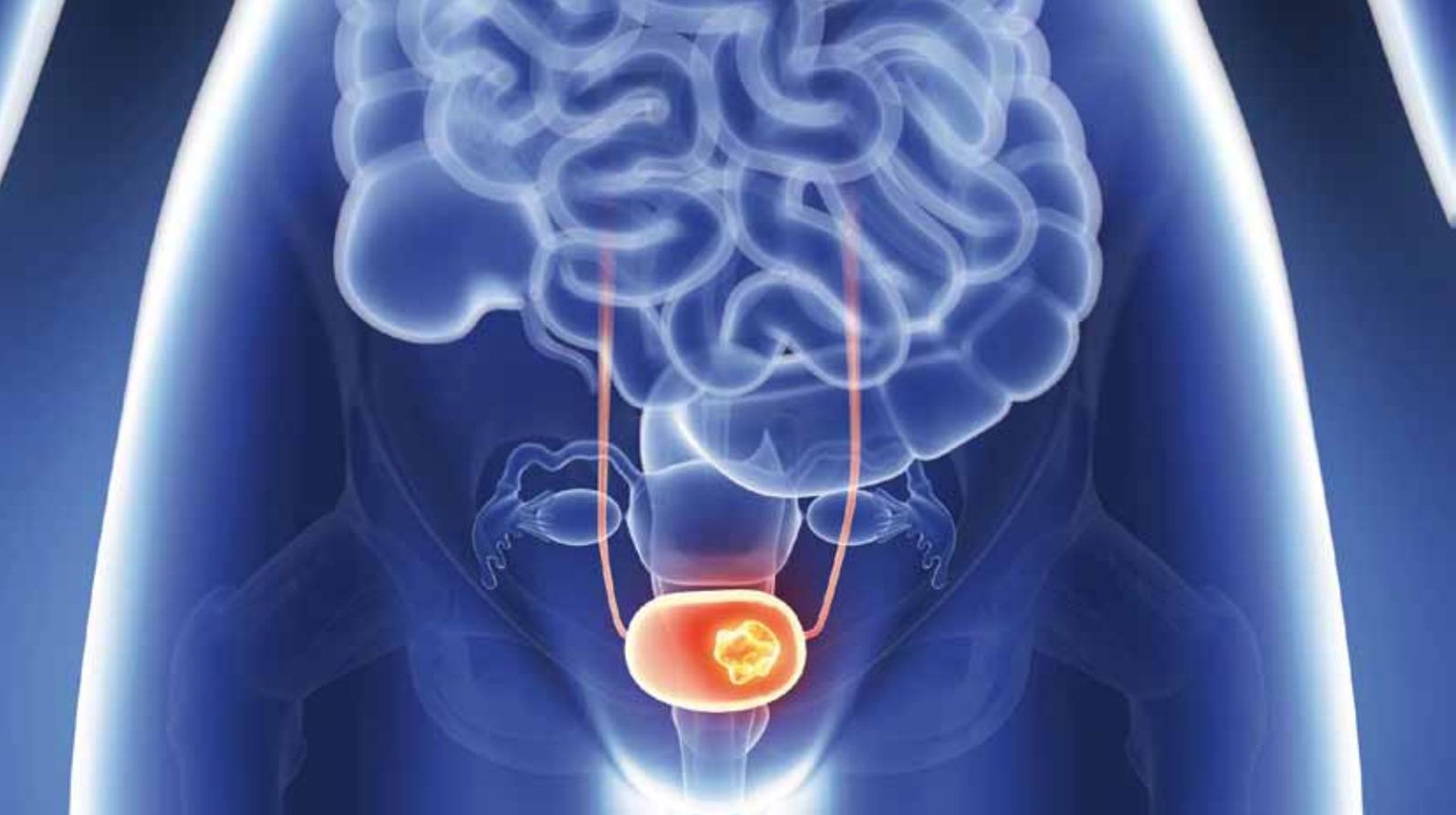
- Epirubicina Actavis 2 mg/ml, ficha técnica. Laboratorio Actavis. Fecha de revisión del texto: mayo 2013.
- Epirubicina Teva 2 mg/ml, ficha técnica. Laboratorio Teva Genéricos Española. Fecha de revisión del texto: enero 2013.
- Epirubicina Accord 2 mg/ml, ficha técnica. Laboratorio Accord Healthcare. Fecha de revisión del texto: junio 2011.
- Epirubicina Hospira 2 mg/ml, ficha técnica. Laboratorio Hospira. Fecha de revisión del texto: febrero 2013.
- Farmorubicina polvo y disolvente para solución inyectable. Laboratorio Pfizer. Fecha de revisión del texto: marzo 2013.
- Farmorubicina solución inyectable y para perfusión. Laboratorio Pfizer. Fecha de revisión del texto: marzo 2013.
- Epirubicina. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/ADB230/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/2A5685/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocumentLink?docId=0606&contentSetId=31&title=EPIRUBICIN&servicesTitle=EPIRUBICIN
- EPIrubicin. Disponible en : <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- EPIRUBICINA. Disponible en: <http://www.pdamecum-com/info/E/epirubicina/epiru-dosis.php>
- Langer S, Sehested M, Jensen PB. Anthracycline extravasation: a comprehensive review of experimental and clinical treatments. *Tumori*. 2009; 95: 273-282.
- Conde-Estevez D, Mateu- de Antonio J. Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. *Farmacia Hospitalaria*. 2012; 36 (1): 34-42.



Congresos y Jornadas

Ana Mateo

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <p>VIII Congreso Español de Lactancia Materna: "construyendo salud"</p> <p>VIII Congreso Español de Lactancia Materna
"Construyendo Salud"</p> <p>Fecha: 26 al 28 de febrero
Lugar: Bilbao</p> | <p>XXVII Congreso Neumosur Enfermería</p>  <p>Fecha: 19 al 21 de marzo
Lugar: Córdoba</p> | <p>I Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental</p>  <p>Fecha: 1 al 31 de mayo
Lugar: en línea</p> | <p>VI Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "ciudad de Granada"</p>  <p>Fecha: 15 al 28 de mayo
Lugar: en línea</p> | <p>I Congreso de Investigación Ciudad de Oviedo</p>  <p>Fecha: 5 y 6 de marzo
Lugar: Oviedo</p> |
| <p>XI Premios de Enfermería "Santiago Martín Jarauta"</p>  <p>Plazo de presentación: 1 de marzo</p> | <p>XXVI Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras-Supervisión de Enfermería</p>  <p>Fecha: 15 al 17 de abril
Lugar: Pamplona</p> | <p>XXXVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, AEC</p>  <p>Fecha: 7 al 9 de mayo
Lugar: Santiago de Compostela</p> | <p>XXXI Jornadas Nacionales de Enfermería en Cirugía y Traumatología Ortopédica</p>  <p>Fecha: 20 al 22 de mayo
Lugar: Santa Cruz de Tenerife</p> | <p>XXII Congreso Nacional SEEGB, Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica</p>  <p>Fecha: 16 y 17 de abril
Lugar: Segovia</p> |
| <p>XIX Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria</p>  <p>Fecha: 10 al 13 de marzo
Lugar: Alicante y Elche</p> | <p>VI Jornadas de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos, AECPAL</p>  <p>Fecha: 16 y 17 de abril
Lugar: Málaga</p> | <p>XXXVI Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Pediátricos y Neonatales, ANECIPN</p>  <p>Fecha: 13 al 15 de mayo
Lugar: Málaga</p> | <p>XLI Congreso Nacional de la SEEIUC, Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias</p>  <p>Fecha: 14 al 17 de junio
Lugar: San Sebastián</p> | <p>Seminario "Cómo realizar presentaciones orales en biomedicina"</p>  <p>Fecha: 21 y 22 de mayo
Lugar: Donostia</p> <p>Fecha: 1 y 2 de junio
Lugar: Madrid</p> <p>Fecha: 26 y 27 de noviembre
Lugar: Oviedo</p> |
| <p>XI Congreso Nacional Serie, Sociedad Española de Radiología Intervencionista en Enfermería</p>  <p>Fecha: 11 al 13 de marzo
Lugar: Granada</p> | <p>IX Congreso Nacional FAECAP - V Encuentro Nacional EIR y tutores - I Congreso e AGEFEC: "cuidar etapa tras etapa"</p>  <p>Fecha: 23 al 25 de abril
Lugar: Santiago de Compostela</p> | <p>XXXVI Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Pediátricos y Neonatales</p>  <p>Fecha: 13 al 15 de mayo
Lugar: Málaga</p> | <p>XLI Congreso Nacional de la SEEIUC, Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias</p>  <p>Fecha: 14 al 17 de junio
Lugar: San Sebastián</p> | <p>Seminario "Cómo realizar presentaciones orales en biomedicina"</p>  <p>Fecha: 21 y 22 de mayo
Lugar: Donostia</p> <p>Fecha: 1 y 2 de junio
Lugar: Madrid</p> <p>Fecha: 26 y 27 de noviembre
Lugar: Oviedo</p> |



*A la
vanguardia*



Tratamiento de **RADIOTERAPIA** en **CÁNCER DE ENDOMETRIO**

Paz Zabaleta

El carcinoma de endometrio es el tumor maligno ginecológico más frecuente en la mujer. Su pronóstico es bueno pues se detecta en estadios precoces, siendo la cirugía el tratamiento primario. La histerectomía con doble anexectomía elimina la enfermedad macroscópica en la mayoría de casos. La linfadenectomía, si bien está indicada siempre en los tipos histológicos de mal pronóstico, en las formas de bajo riesgo puede evitarse; en el riesgo intermedio no está claro actualmente si debe realizarse de forma sistemática. Debido a que hay un porcentaje de pacientes que van a presentar fracasos locoregionales algunas pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento adyuvante con irradiación.

La radioterapia externa (RT) pélvica se ha utilizado desde hace años para evitar la recurrencia ganglionar y en el lecho de la cirugía. Considerando todos los estadios en global, la braquiterapia (BT) vaginal profiláctica está demostrado que permite reducir la incidencia de recidivas vaginales de un 15% a un 2%. La BT de alta tasa de dosis permite realizar tratamientos con mínimos efectos secundarios y sin requerir ingreso ni aislamiento de las pacientes.

RADIOTERAPIA ADYUVANTE

Generalidades

La radioterapia (RT) juega un papel muy importante en el manejo del cáncer de endometrio, tanto de forma adyuvante

como tratamiento definitivo para aquellas pacientes con enfermedad irreseccable o médicamente inoperables.

Hoy día la mayoría de las pacientes son tratadas con cirugía y el tratamiento postoperatorio se emplea de forma selectiva en el caso de aquellas pacientes que tengan mayor riesgo de recurrencia en base a los hallazgos clínico-patológicos.

Ha habido cierta controversia sobre qué subgrupo de pacientes debe recibir tratamiento adyuvante con radioterapia y si ésta debe ser con haces externos, con braquiterapia o con ambas modalidades. En el caso de pacientes con enfermedad limitada al útero y de riesgo intermedio

(estadios IA, IB y II), se han llevado a cabo varios estudios prospectivos fase III para evaluar el papel de la RT pélvica adyuvante.

A pesar de que la interpretación de alguno de estos estudios es limitada, la mayoría de ellos concluyen que la RT pélvica adyuvante reduce las tasas de recurrencia local pero no prolonga la supervivencia.

Análisis retrospectivos de dichos estudios han identificado diferentes factores clínico-patológicos que permitirían diferenciar pacientes de bajo y alto riesgo dentro del grupo de riesgo intermedio, para así poder omitir de una forma segura el tratamiento de RT adyuvante en los de bajo riesgo.

En los estudios anteriormente mencionados se objetivó que la mayoría de las recidivas eran a nivel de vagina, por lo que la braquiterapia podría ser un tratamiento adecuado en esos casos.

En el ensayo randomizado PORTEC-2, compararon la braquiterapia con la RT pélvica. Incluyeron 427 mujeres con enfermedad de riesgo intermedio-alto. Tras 45 meses de seguimiento, no hubo diferencias significativas en cuanto a recidiva locorregional (pélvica más vaginal), vaginal o pélvica. Tampoco hubo diferencias en cuanto a metástasis a distancia, supervivencia libre de enfermedad a 5 años y supervivencia global.

Concluyen que la braquiterapia vaginal es efectiva para prevenir la recidiva vaginal con mínimos efectos relacionados con el tratamiento y mejor calidad de vida, comparada con el tratamiento adyuvante con RT externa.

En el caso de pacientes de alto riesgo (estadios III y IV) los pronósticos son muy diferentes y aunque un número significativo de pacientes se diseminan a distancia, también pueden presentar recaída locorregional, lo cual aumenta significativamente el riesgo de diseminación a distancia.

En este grupo de pacientes, la RT adyuvante reduce la tasa de recidiva local, pero no tiene impacto en la supervivencia.

Dado el patrón de diseminación a distancia, se ha planteado si la quimioterapia puede sustituir a la radioterapia externa.

Tres ensayos randomizados que comparan directamente la quimioterapia frente a la radioterapia en pacientes con enfermedad de alto riesgo, concluyen que los resultados con el tratamiento quimioterápico son al menos tan buenos como los obtenidos con la radioterapia.

A pesar de todo, la quimioterapia como único tratamiento, no aporta suficiente control locorregional en pacientes con enfermedad avanzada. Es por ello por lo que el interés está aumentando sobre los tratamientos combinados de quimioterapia y radioterapia.

Existen varios ensayos randomizados con resultados conflictivos al respecto, por lo que tendremos que esperar a los resultados de los ensayos en curso para poder establecer cuál puede ser el mejor tratamiento adyuvante en pacientes de riesgo.

De momento, la mayoría de pacientes con enfermedad de alto riesgo se tratan con quimioterapia y posterior radioterapia para conseguir mayor control local.

Otro aspecto a tener en cuenta es el de las pacientes con estadiaje quirúrgico incompleto, que incluye a aquellas pacientes en las que no se ha realizado la evaluación de los ganglios pélvicos ni paraaórticos.

El problema en este caso es que podemos estar ante una enfermedad más avanzada y decidir un tratamiento adyuvante con información incompleta.

La reintervención debe considerarse en determinadas pacientes (grado 3 o invasión miometrial profunda). En el caso de no ser posible, se recomienda RT adyuvante para disminuir el riesgo de recidiva local.

vante para disminuir el riesgo de recidiva local.

Técnicas de radioterapia

Irradiación pélvica (radioterapia externa):

- La mayoría de las pacientes se tratan de forma postoperatoria.
- Volúmenes de tratamiento:
 - CTV:
 - Lecho uterino y área parametrial.
 - 2/3 superiores de la vagina (toda la vagina completa en estadio IIIB).
 - Áreas linfáticas regionales pélvicas: ilíacos comunes, ilíacos externos e internos, obturadores y los presacros hasta S2-S3. En los casos en los que esté indicado, se incluirán los ganglios paraaórticos.
 - PTV:
 - CTV + margen de seguridad que debe tener en cuenta los errores de posicionamiento y los movimientos fisiológicos del paciente (generalmente entre 1-2 cm).

**En aquellas pacientes con ganglios paraaórticos positivos, el límite superior del campo de tratamiento se amplía hasta D12-L1 y la dosis habitual es 45 Gy a 1.8 Gy/fr.

- Técnica:
 - RT conformada 3D (planificación mediante TC).
 - Tratamiento en aceleradores lineales con haces de fotones.
 - Simulación:
 - Posicionamiento: decúbito supino.
 - Inmovilización: posivac.
 - TC:
 - * Contraste endovenoso y oral.
 - * Vejiga llena.
 - * Cortes cada 25 mm.

**Hoy día disponemos de una nueva técnica de RT, la radioterapia mediante intensidad modulada (IMRT). Ésta técnica permite conformar muy bien las altas dosis de radiación al volumen de tratamiento, lo cual permite a su vez disminuir la toxicidad relacionada al tratamiento en las pacientes operadas y en aquellas que reciben tratamiento QT.



- Dosis:
 - 45- 50.4 Gy a 1.8 Gy/fr.
 - Sobreimpresión hasta 55-60 Gy en caso de afectación de parametrios.
 - En el caso de irradiación de ganglios paraaórticos, la dosis habitual es 45 Gy a 1.8Gy/fracción.
 - Fraccionamiento recomendado: 1.8 - 2 Gy/fracción, 5 fracciones/semana.

Braquiterapia intravaginal

- Volumen de tratamiento:
 - Enfermedad de bajo grado: 2/3 proximales de vagina.
 - Enfermedad de alto grado: toda la longitud de la vagina.
- Técnica:
 - Cilindros vaginales de diversos diámetros para la cúpula. Ante infiltración vaginal y en caso de ser necesario tratar un volumen más allá de la pared vaginal, se recomienda usar aplicadores que combinen cilindros vaginales con agujas para braquiterapia intersticial (tipo MUPIT).
 - Alta tasa de dosis (HDR) con Iridio 192.
- Dosis:
 - 4 fracciones de 400 cGy si tratamiento concomitante con RT; 1 fracción semanal.
 - 6 fracciones de 450 cGy si sólo braquiterapia; 2 fracciones semanales.
- Procedimiento:
 - Se realiza en el radioquirofano y bajo condiciones de asepsia.
 - Paciente en posición ginecológica y lavado con una solución antiséptica.
 - El Oncólogo Radioterapeuta realiza una exploración vaginal para verificar que la mucosa vaginal está cicatrizada y no hay lesiones nuevas, y para medir su longitud y valorar el diámetro del aplicador que vamos a utilizar.
 - En la primera aplicación se realiza sondaje vesical Foley con 5 cc de suero y 3 cc de contraste y se coloca sonda rectal con marcadores radio-opacos.
 - Generalmente no es necesaria analgesia ni sedación. Ocasionalmente, gel anestésico (lidocaína).
 - Mediante tacto vaginal, realiza leve dilatación del introito vaginal, para minimizar las molestias.
 - Se inserta el aplicador, adecuado a la capacidad de la vagina, asegurándose que esté en contacto con el fondo vaginal.
 - Se fija el aplicador mediante un sistema de inmovilización externo.
 - Traslado de la paciente al simulador o TAC, en mesa con ruedas y transfer.
 - Se realizan RX ortogonales, en las que podemos identificar puntos

ICRU de vejiga y recto de forma que podamos referir la dosis a estos órganos y evitar máximos no aceptables.

- Se realiza TAC (si precisa).
- Planificación. Los datos del cilindro que se ha utilizado, la longitud que se va a irradiar y la dosis, junto con las radiografías se entregan a Radiofísica.

La prescripción de la dosis se realiza normalmente a 0.5 cm. de distancia de la superficie del aplicador, lo cual quiere decir que penetramos en la pared vaginal esos 0.5 cm.

En algunos centros la prescripción se realiza a superficie mucosa o del aplicador, en este caso hay que prescribir algo más alta la dosis, para que en profundidad llegue la dosis óptima.

Este tipo de tratamiento normalmente no precisa de TAC ya que la prescripción se hace a una distancia fija del aplicador, y se disponen de planificaciones estándar en los planificadores.

- Administración del tratamiento, el aplicador se conecta al equipo de carga diferida de Ir 192 mediante el correspondiente tubo de transferencia y el tratamiento se realiza en unos minutos.



- Una vez administrado el tratamiento se retira el sistema de fijación utilizado y se retira el aplicador y las sondas y la paciente se va a su domicilio.
- En las siguientes aplicaciones no es necesario realizar estudio dosimétrico.

RADIOTERAPIA RADICAL

Al menos un 10% de pacientes con carcinoma de endometrio no son candidatas a tratamiento quirúrgico por las comorbilidades médicas asociadas.

Estas pacientes pueden ser tratadas satisfactoriamente con radioterapia como única maniobra terapéutica.

Pacientes afectas de carcinoma de endometrio estadio clínico I son tratadas con intención curativa utilizando una combinación de RT externa y Braquiterapia intracavitaria.

Aunque se cree que la radioterapia como único tratamiento consigue menores tasas de control local, una proporción significativa de este grupo de pacientes fallecen en relación a sus problemas médicos asociados.

Grigsby presentaron un estudio en el cual, pacientes con enfermedad en estadio clínico I, grado 1, 2 y 3, tratadas con

RT externa y Braquiterapia intracavitaria, obtenían una tasa de supervivencia libre de progresión a los 5 años de 94%, 92% y 78% respectivamente.

Indicación de RT en función del estadiaje

- Estadio IA (limitado al endometrio), G1, G2, G3: Braquiterapia.
- Estadio IA (< 50% del miometrio) G1: Braquiterapia.
- Estadio IA (< 50% del miometrio) G2, G3: RT pélvica + Braquiterapia.
- A partir del estadio IB: RT pélvica + Braquiterapia.

Tratamiento RT Irradiación pélvica

- Volumen de tratamiento:
 - Área tumoral + 2/3 superiores de la vagina + áreas linfáticas regionales pélvicas.
 - En el caso de afectación de vagina (IIIB), incluir toda la vagina completa.
 - Si afectación de ganglios paraaórticos, incluirlos en el campo de tratamiento.
- Técnica:
 - RT conformada 3D (planificación mediante TC).
 - Tratamiento en aceleradores lineales con haces de fotones.
- Simulación:
 - Posicionamiento: decúbito supino.

- Inmovilización: posivac.
- TC:
 - * Se administra contraste endovenoso y oral.
 - * Vejiga llena.
 - * Se realizan cortes cada 25 mm.

- Dosis:
 - 45- 50.4 Gy a 1.8 Gy/fr.

Braquiterapia intravaginal

- Volumen de tratamiento:
 - Útero +/- vagina en función del estadio.
- Técnica:
 - Sonda endouterina + colpostatos cilíndricos vaginales.
 - Alta tasa de dosis (HDR) con Iridio 192.
- Dosis:
 - 6 fracciones de 650 cGy si braquiterapia exclusiva; 1 fracción semanal.
 - 6 fracciones de 450 cGy si tratamiento combinado con RT pélvica; 1 fracción semanal.
- Procedimiento:
 - Se realiza en el radioquirófano y bajo condiciones de asepsia.
 - Paciente en posición ginecológica y lavado con una solución antiséptica.
 - Anestesia epidural o sedación profunda.
 - El Oncólogo Radioterapeuta realiza una exploración ginecológica para valorar los aplicadores que se van a utilizar, sonda intrauterina con col-

postatos o cilindro. Hay aplicadores de distintos tamaños y formas.

- Se realiza sondaje vesical Foley con 5 cc de suero y 3 cc de contraste (si no se realiza TAC) y se coloca sonda rectal con marcadores radio-opacos.
- Dilatación del orificio, e histerometría que mide la longitud de la cavidad uterina.
- En primer lugar se coloca la sonda intrauterina con un tope a la distancia que se ha medido en la histerometría, para evitar la perforación del útero, y después tras retirar el espejuelo, se colocan los colpostatos en los fondos de saco vaginales. Muchas veces no se puede colocar los colpostatos vaginales, porque el tumor ha destruido los fondos de saco vaginales, y en ese caso se coloca un único aplicador, con una parte intrauterina, y otra con un cilindro vaginal.
- Una vez colocados los aplicadores hay que sujetarlos bien para que no se muevan durante el tratamiento y esto se consigue gracias a fijar bien el implante taponando la vagina con gasas empapadas en antiséptico y después a los sistemas de fijación que los mantienen.
- El procedimiento del implante es igual variando únicamente el tipo de aplicadores.
- A continuación cuando el anestesista lo permite, trasladamos a la paciente al Scanner, donde se le realiza un TAC con cortes de 3 mm. antes de su realización se llena

la vejiga con una pequeña cantidad de suero fisiológico (20 ml.) con un poco de contraste. Posteriormente enviamos al sistema de planificación.

- Planificación 3D. En los últimos años se va poco a poco abandonando el anterior tipo de planificación, pasando a realizarla sobre un TAC, que permite delimitar los volúmenes reales del tumor y los órganos de riesgo, pasándose a prescribir al volumen blanco determinado (PTV) y a considerar los histogramas dosis volumen para el PTV y los órganos de riesgo. Es una planificación mucho más exacta, aunque también ha demostrado que la aproximación de la planificación 2D era bastante coherente.
- Planificación:
 - El médico contornea todas las estructuras anatómicas que interesan, el tumor el útero, la vagina, el parametrio, la vejiga y el recto.
 - La prescripción se realiza al volumen considerado blanco, a los puntos de dosis que se han calculado en la superficie del volumen, y se realizan histogramas dosis volumen en los que valoramos el cubrimiento del PTV por la dosis prescrita y la dosis en los órganos de riesgo. Actualmente se han diseñado aplicadores compatibles con TAC y RMN, no metálicos sino de materiales plásticos y se está sustituyendo en la planificación el TAC por una RMN, en que se puede delimitar aun mejor los volúmenes, con lo cual se

consigue más exactitud, y se pueden considerar volúmenes de tumor macroscópico, alto riesgo y riesgo intermedio. Se considera hoy la técnica más idónea, pero aun se realiza en pocos centros porque muchas veces implica problemas logísticos.

- Durante el tratamiento se llena la vejiga con la misma cantidad de suero que durante el TAC, para mantener las mismas condiciones que las imágenes con las que se ha realizado la planificación.
- Cuidados postimplante y toxicidad
La BT vaginal con HDR es un procedimiento con escasa ó nula toxicidad. Tras la retirada del implante, después de cada aplicación, no son necesarios cuidados especiales. Puede aparecer disuria transitoria, más frecuentemente relacionada con las maniobras de sondaje vesical que con una afectación de la mucosa vesical por radiación generalmente se resuelve con tratamiento sintomático. Una de las complicaciones más frecuente en las pacientes que han recibido tratamiento de radioterapia ginecológica es la estenosis vaginal que origina una importante disfunción sexual prolongada, dispareunia, así como exploraciones dificultosas y dolorosas en el seguimiento de la paciente. Se recomienda la utilización de dilatadores vaginales que, junto con el uso de un gel anestésico, pueden contribuir a prevenir el desarrollo de estenosis. ☞

BIBLIOGRAFÍA

1. González E., Lobato R. Cáncer de endometrio operado. BT con HDR, cilindro vaginal. En Guinot J. L., Lanzós E., Muñoz V., Polo A., Ramos A. Guía de Braquiterapia. Editada por la SEOR y Nucletron. Madrid 2008.
2. Nout R. A., Smit V. T., Putter H., et al. Vaginal brachytherapy versus pelvic external beam radiotherapy for patients

with endometrial cancer of high-intermediate risk15(PORTEC-2): an open-label, non-inferiority, randomized trial. Lancet 2010; 375:816-823.

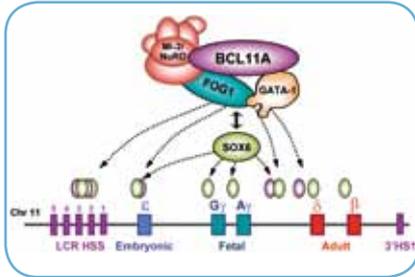
3. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1987 Apr;13(4):483-8 Grigsby P. W., Kuske R. R., Perez C. A., Walz B. J., Camel M. H., Kao M. S., Galakatos A Medically inoperable stage I adenocarcinoma of the endometrium treated with radiotherapy alone.

4. Consenso en Tratamiento del carcinoma de endometrio con Braquiterapia. Grupo de Braquiterapia de la SEOR y de la SEFM GRUPO DE BRAQUITERAPIA DE LA SEOR Y DE LA SEFM- Málaga 2011. Guinot J. L., Pérez-Calatayud J., Azcoaga J. M., Herruzo I., Bodineau C., Roviro A., Crispín V., Galán P., González-Patiño E., Pérez-Regadera J., Polo A.



¿Sabías que...?

Ana María Palacios



EL GEN BCL11A, SOBREENSPRESADO EN LOS TUMORES DE MAMA TRIPLE NEGATIVOS

www.elpais.es

Los tumores triple negativo, es decir, sin receptores para estrógenos, progesterona ni HER2, son considerados uno de los grandes retos en el manejo de esta enfermedad. Suponen el 20% de todos los casos, y, además de ser especialmente agresivos, carecen de marcadores específicos a los que dirigir la terapia y, por ello, tienen menos abordajes farmacológicos y peor pronóstico. Hasta el momento, los tratamientos empleados se reducen a la quimioterapia y a la radioterapia convencionales.

De acuerdo con un estudio publicado en la revista Nature Communications, esta situación puede mejorar considerablemente. Se ha descubierto que el principal punto débil de este tipo de tumores especialmente agresivos puede ser el gen BCL 11A.

El estudio, realizado por el Wellcome Trus Sanger Institute de Inglaterra, revela que el gen BCL 11A es muy activo en el desarrollo de los tumores triple negativo. Se ha descubierto que se encuentra sobre activado en el 80% de las pacientes con este tipo de tumor y se ha asociado además a una mayor agresividad de la enfermedad y a la disminución de la supervivencia.

El experimento, que se desarrolló con células humanas y de ratón, en un pri-

mer momento concluyó que el gen se convertía en células cancerígenas. En un segundo ensayo se redujo la actividad del gen y este perdió agresividad y en una tercera fase, finalmente se inactivó el gen y ningún ratón presentó un tumor de mama frente al grupo control que sí lo desarrolló.

Aunque habrá que investigar el mecanismo de acción y determinar en cuáles de todo este grupo de neoplasias resulta más eficaz inhibir la expresión del gen BCL 11A, el hallazgo puede encaminar la búsqueda del desarrollo de nuevas terapias dirigidas. ■



EL CUERPO INHIBE EL CRECIMIENTO DE LOS TUMORES DURANTE EL DÍA

www.univadis.es

Según un estudio realizado por investigadores israelíes y publicado en "Nature Communications", los tumores podrían crecer más rápidamente durante la noche. Durante el día, el crecimiento se inhibe de forma natural gracias a una hormona específica, lo que sugiere, por tanto, que ajustando la ingesta de fármacos a ciertas horas se consigue una mejor eficacia.

En su estudio, los investigadores del Weizmann Institute of Science de Rehovot examinaron dos receptores de la superficie celular. El primero, el receptor del factor de crecimiento epidérmico, EGFR, favorece el crecimiento y la migración de las células. El segundo se vincula a una hormona esteroidea llamada glucocorticoide (GC). Los glucocorticoides actúan manteniendo los nive-

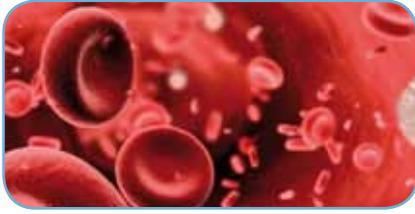
les de energía del organismo durante el día. Durante la noche estos niveles disminuyen. Por consiguiente, el equipo intentó determinar si este hecho tiene un impacto sobre el EGFR, y en ensayos con ratones descubrieron que, en efecto, la actividad del EGFR aumenta por la noche y baja durante el día.

Los investigadores también descubrieron que este hecho afecta al crecimiento de los cánceres que utilizan los receptores EGF para crecer y expandirse. Les suministraron a los ratones cierto fármaco antitumoral diseñado para inhibir el EGFR según los tipos de cáncer en diferentes momentos del día. Los resultados revelaron diferencias significativas entre el tamaño de los tumores de los distintos grupos de ratones dependiendo de si les habían administrado el fármaco durante las horas de sueño o mientras estaban despiertos. Los hallazgos experimentales sugieren que, de hecho, el aumento y la bajada de los niveles de los esteroides glucocorticoides es lo que obstaculiza o permite el crecimiento del cáncer.

"Parece ser un problema de horario", dijo el autor del estudio Yosef Yarden. "Lo que proponemos no es un nuevo tratamiento, sino quizás un nuevo programa de tratamiento para algunos de los fármacos actuales".

Por ello consideran que los tratamientos para inhibir el crecimiento del cáncer serían más efectivos si se realizan por la noche.

"Los tratamientos de cáncer a menudo se administran durante el día, justo cuando el cuerpo del paciente está listo para evitar la propagación del cáncer por sí mismo. Lo que proponemos no es un nuevo tratamiento, sino más bien un nuevo programa de tratamiento para algunos de los medicamentos actuales", concluyen los especialistas. ■



LA TROMBOSIS ES LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES CON CÁNCER

www.diarioenfermero.es

La trombosis es la segunda causa de muerte en pacientes con cáncer, según ha informado el doctor del servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Pedro Pérez Segura, con motivo del Día Mundial de la Trombosis.

En Europa, medio millón de personas mueren al año a causa de una trombosis, cifra que supera en 3 veces las muertes provocadas por sida, cáncer de mama y próstata y accidentes de tráfico juntos. Además, uno de cada diez pacientes con cáncer tiene posibilidades de desarrollar trombosis a lo largo de su enfermedad.

“La enfermedad tromboembólica venosa es un trastorno en el que se forma un trombo o coágulo en el interior de las venas que provoca el bloqueo del flujo sanguíneo, lo que da lugar a diferentes síntomas”, ha recalcado el jefe del servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Pedro Pérez Segura.

Asimismo, una revisión de estudios publicada en septiembre en la revista International Journal in Haemostasis and Thrombosis ha demostrado que los pacientes con cáncer tienen entre dos y 20 veces más riesgo de desarrollar la enfermedad tromboembólica venosa que los no oncológicos, siendo la causa principal de mortalidad.

Además, suelen ser más propensos a sufrir la enfermedad durante los tres y seis meses siguientes al diagnóstico del tumor y el riesgo es mayor en pacientes con metástasis a distancia y con ciertos tipos de cáncer como el de páncreas o pulmón. En concreto, los pacientes enfermos de cáncer con mayor riesgo de sufrir un proceso trombótico son los que se someten a un tratamiento con quimio-

terapia, a cirugías y los que padecen tumores en estados muy avanzados o con metástasis.

Por otro lado, también influye la localización del mismo. *“Es más común en quienes sufren tumores hematológicos, cáncer de pulmón, estómago, páncreas, ovario, mama y los que afectan al colon y al sistema nervioso central. A esto hay que añadir la edad y la inmovilidad, además de aquellos riesgos generales asociados a esta patología como la obesidad o sobrepeso”,* ha destacado Pérez Segura.

Dicho esto, el experto ha señalado que la relación entre cáncer y trombosis es bidireccional ya que, no sólo es que las personas enfermas de cáncer tengan mayor riesgo de sufrir un evento trombótico, sino que algunos episodios de estos, al menos el 10 por ciento, pueden deberse a un tumor oculto. ■



EL 70% DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA TIENE PROBLEMAS DE SEXUALIDAD

www.intramed.es

Los expertos lo dicen, las investigaciones lo avalan, y la realidad lo demuestra: **cáncer y sexo no son incompatibles. Lo importante es abordar el problema de frente y no mantenerlo en silencio. Se deben tener en cuenta estas premisas ya que ciertos fármacos, como son los inhibidores de aromatasa, pueden tener efectos negativos en la sexualidad.**

Sin uno de los pechos, con menopausia prematura y sufriendo la caída del pelo. Las mujeres con cáncer de mama no pueden verse menos femeninas. A disgusto con su propio cuerpo tampoco se sienten deseadas por sus parejas. Si a esto se le suma que algunos tratamientos para evitar la reaparición del tumor provocan falta de libido, entre otros síntomas, la consecuencia lógica es que las relaciones sexuales se resientan. Aun-

que ya se sabía que el diagnóstico de este tipo de cáncer influía en la actitud en la cama, un nuevo estudio lo confirma y revela que hasta el 70% de las pacientes sufre problemas de sexualidad.

La investigación, publicada en 'Journal of Sexual Medicine', analizó a 1.684 mujeres que sobrevivieron a un tumor mamario. Entre junio de 2004 y diciembre de 2006 preguntaron a las participantes, que tenían menos de 70 años y no padecían ninguna otra enfermedad, cómo eran sus relaciones antes y después del cáncer.

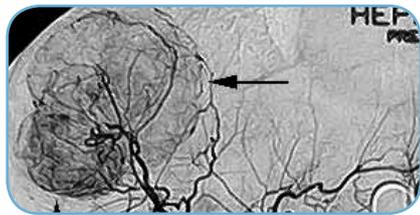
Los autores comprobaron que la mayoría de ellas (70%) presentaba falta de deseo sexual, baja autoestima, menos placer e, incluso, dolor durante el coito, debido a que la terapia reseca las mucosas. Estos trastornos de la función sexual no tenían que ver ni con la fase del tumor ni con el tipo de cirugía realizada para extirparlo (mastectomía o lumpectomía).

Además, todas ellas afirmaron que disfrutaban del sexo antes de saber el diagnóstico de cáncer, por lo que el tumor y su tratamiento eran los responsables del deterioro de sus relaciones.

Las pacientes con problemas de sexualidad se sentían peor con su propia imagen corporal y creían que sus novios y maridos estaban más descontentos con su apariencia que aquellas enfermas que no notaron cambios en su actividad sexual. Y quienes sufrían síntomas vasomotores -sofocos y sudores nocturnos- como consecuencia del tratamiento -especialmente de los inhibidores de la aromatasa- tenían dos veces más posibilidades de ver mermada su sexualidad que el resto. Un efecto que, sin embargo, no se vio con la quimioterapia.

“Las mujeres que han sido tratadas de un cáncer de mama necesitan apoyo para mantener bien otros aspectos de su salud después de la enfermedad y, entre ellos, necesitan consultar sus problemas de sexualidad”, explica Mary Panjari, del Programa de Salud de la Mujer del Hospital Alfred de Australia y autora de la investigación. *“Las pacientes ahora reciben inhibidores de la aromatasa, la llamada terapia endocrina adyuvante, durante un largo periodo de tiempo para*

evitar recaídas por lo que los problemas de sexualidad entre estas mujeres serán cada vez más comunes”, concluye. ■



EL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA LA FE PATENTA UN SISTEMA MÁS SEGURO PARA ADMINISTRAR LA QUIMIOEMBOLIZACIÓN

www.redacciónmedica.com

El Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe) ha patentado un nuevo sistema más seguro para administrar la quimioembolización, una forma de quimioterapia en la que el medicamento se inyecta directamente en los vasos sanguíneos que alimentan el tumor, lo que evita situaciones de riesgo derivadas de su manipulación.

En concreto, este nuevo dispositivo permite administrar al menos tres sustancias al mismo tiempo manteniendo la estanqueidad del sistema lo que, según los expertos, resulta más eficiente y sencillo que los sistemas actuales y evita situaciones de riesgo.

Este sistema ha sido desarrollado por el equipo de Enfermería del Hospital Universitario y Politécnico de La Fe, conformado por los especialistas en la realización de quimioembolización Noemí Pilar Lorente Pastrana, Enrique Llinares Moltó, María Encarnación Marín García, y María Felicitas Sanahuja García.

En general, en los actuales sistemas, se utiliza una jeringa conectada a una llave de tres pasos a través de la cual se mezcla el citostático con el suero fisiológico o agua destilada. Luego, una vez realizada la mezcla, se separa de la llave y se entrega al facultativo para su administración al paciente. Durante el proceso, se debe ir ajustando las dosis y modificando la concentración inicial.

Ahora, el nuevo sistema consta de diferentes conexiones de jeringas formadas por válvulas estancas que contienen membranas y evitan fuga de vapores y

líquidos. Una de las conexiones se destina a realizar la homogenización de la mezcla mientras que, en otra, se conecta la jeringa con suero fisiológico, agua u otros diluyentes que se mezclan con el citostático. Asimismo, se puede añadir una tercera con medio de contraste para permitir una mejor visualización de las imágenes obtenidas en el angiógrafo, lo que permite administrar al menos tres sustancias simultáneamente.

En este sentido, entre los aspectos más innovadores del dispositivo se encuentra el hecho de que evita situaciones de riesgo derivadas de su manipulación, al minimizar el número de conexiones y desconexiones de jeringas con citostáticos. Asimismo, el dispositivo permite minimizar el número de conexiones y desconexiones de jeringas con citostáticos, y asegurar un procedimiento más eficiente, ya que se pueden acortar los tiempos de espera. ■



LA CUARTA EDICIÓN DEL CÓDIGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER

www.agenciasinc.es

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), la delegación especializada en la enfermedad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado recientemente la cuarta edición del Código Europeo contra el Cáncer. Basado en la evidencia científica disponible, el nuevo código establece 12 maneras de adoptar estilos de vida más saludables y aumentar la prevención del cáncer en Europa. Es el resultado de un trabajo de colaboración de dos años entre los especialistas en cáncer, científicos y otros expertos de toda la Unión Europea (UE).

“El código crea conciencia sobre el papel fundamental de la prevención en la lucha contra el cáncer”, explica Christopher Wild, director de la IARC. “Al adoptarlo, todos los ciudadanos europeos puedan tomar acciones concretas para ellos, sus

amigos y familias y reducir significativamente el riesgo de desarrollar cáncer”.

El documento hace hincapié en la importancia de evitar el tabaco, el alcohol y la exposición excesiva al sol, así como los beneficios de mantener un peso corporal saludable y la actividad física. También recomienda la participación en programas de detección para el cáncer de intestino, mama y cuello de útero.

Esta edición incluye otras recomendaciones importantes para reducir el riesgo, como la vacunación contra el virus del papiloma humano, la lactancia materna y la limitación en el uso de la terapia de sustitución hormonal. Igualmente recomienda averiguar la exposición potencial a la radiación de radón en el hogar y la adopción de medidas para reducir sus niveles.

Actualmente, en la Unión Europea hay estimados 2,66 millones de nuevos casos de cáncer y 1,28 millones de muertes relacionadas por año. Por otra parte, debido a los efectos del crecimiento de la población y el envejecimiento, la carga del cáncer en Europa se prevé que aumente en los próximos años y décadas.

El código es parte de los esfuerzos continuos para mejorar el control del cáncer en la UE. Desde la publicación de la edición anterior en 2003, 13 nuevos Estados miembros se han unido, por lo que la nueva edición ha integrado una mayor diversidad de las personas con una variedad de estilos de vida y el riesgo de cáncer asociado a la UE.

Cofinanciado por la Comisión Europea, el Código Europeo contra el Cáncer es una iniciativa que se puso en marcha por primera vez en 1987 y se ha actualizado según ha ido progresando el conocimiento científico y médico.

“Este nuevo código es una herramienta importante para la prevención del cáncer para los individuos, los gobiernos, los asesores de salud y los responsables políticos. Proporciona una base para la creación de ambientes sanos y la adopción de estilos de vida saludables para prevenirlo”, apunta John F. Ryan, director interino de la Dirección de Salud Pública de la Comisión Europea. ■



La palabra prohibida



Ana Mateo

Tras una vida de trabajo y no pocos problemas para sacar adelante a la familia, llegó la jubilación. Pero el júbilo por la noticia tuvo poco tiempo para ser saboreado, ya que a los pocos años, el diagnóstico de un cáncer truncó la alegría de esta familia. Entre engaños y mucho disimulo, recibió el tratamiento, controló sus efectos y llegó a la estabilización de la enfermedad.

A los dos años, un nuevo tumor irrumpió en su cuerpo, y no pudiendo vencerlo esta vez, tomó las riendas de su vida hasta que falleció.

El cáncer fue la palabra innombrable durante todo este tiempo, provocando escenas a menudo ridículas en los servicios sanitarios.

Y como profesionales, muchas veces somos observadores pasivos para dominar nuestras emociones. Callamos y dejamos que se instaure la conspiración del silencio alrededor del paciente, una burbuja que causa aislamiento y angustia en la relación familiar.

¿El paciente no quiere saber, o la familia no quiere que el paciente sepa? Por no

inmiscuirnos en la relación que ya se ha establecido entre ellos, dejamos que la situación fluya sin sobresaltos al final de la vida, entre la estabilidad inestable de una complicidad.

Y en el lecho de muerte, su esposa me dijo, como un gran logro de su esmerado cuidado: "sabe que se está muriendo, pero no sabe que es cáncer".



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

Roles Avanzados en Enfermería Oncológica

27 A 30 DE MAYO

TARRAGONA 2015

BIENVENIDA

La implantación de perfiles de práctica avanzada es una oportunidad para el avance de la profesión, tanto para el desarrollo del conocimiento enfermero, como para la mejora de la calidad asistencial del paciente oncológico. De ahí el lema de este congreso **“Roles avanzados en Enfermería Oncológica”**.

Tarragona, ciudad donde se puede descubrir una civilización milenaria con un patrimonio hecho de monumentos trascendentales por su historia, capaces de trasladarnos a épocas romanas, medievales, modernas... será la sede el próximo mes de mayo de este congreso de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica.

Esperamos poder disfrutarlo contigo.



M^a de la Concepción Reñones Crego
Presidenta de la S.E.E.O.



PROGRAMA

Miércoles 27 de mayo

- 15:30 h Recogida de documentación
- 17:30 h Inauguración oficial. Auditorio August
- 18:00 h CONFERENCIA INAUGURAL. Auditorio August
Cáncer: entre el código postal y el código genético
Sr. Nicolás Olea Serrano
- 19:00 h SIMPOSIUM. Auditorio August
- 20:30 h Cóctel de Bienvenida

Jueves 28 de mayo

- 09:00 - 10:30 h MESA PLENARIA. Roles de la enfermera en la atención oncológica en el siglo XXI. Auditorio August
Evolución de la consulta oncológica de enfermería: del paciente pasivo al paciente empoderado
Sra. Rosario Moreno Carmona
Consulta de accesos vasculares: Equipo de Terapia Intravenosa
Sra. María Montealegre Sanz
Unidades de Apoyo a la Investigación en Enfermería: un recurso para el fomento y desarrollo de la investigación
Sra. Ana García Pozo
Práctica Avanzada en Enfermería Oncológica
Sra. Navidad Canga Armayor
- 10:30 h Pausa café
- 11:00 - 12:30 h MESA TEMÁTICA. Auditorio August
- 11:00 - 12:30 h TALLER DE INVESTIGACIÓN. Auditorio Eutyches. (Patrocinado por SEEO)
Presentación y normativa de un proyecto de investigación
Sr. Adolfo Romero Ruiz
- 11:00 - 12:30 h TALLER TERAPIAS COMPLEMENTARIAS. Sala Isis. (Patrocinado por SEEO)
La práctica de Mindfulness como herramienta para el autocuidado del profesional de enfermería
Sra. M^a Eugenia Díez Fernández



- 12:40 - 14:10 h MESA PLENARIA. Terapias Complementarias. Auditorio August
Oncotherm: un nuevo método no invasivo para tratar tumores
Sr. Jorge Oyanedel Neira
Dietoterapia y cáncer
Sra. Elena Corrales González
Oncología: nuevas alternativas en Medicina Integrativa
Sra. Cinta Manrique Mora
- 14:10 h Almuerzo
- 16:00 - 17:30 h MESA TEMÁTICA. Auditorio August
- 16:00 - 17:30 h MESA TEMÁTICA. Auditorio Eutyches
- 16:00 - 17:30 h TALLER DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS: Reiki. Sala Isis. (Patrocinado por SEEO)
Sra. Carmen Luque Frías
- 17:30 h Pausa café
- 18:00 - 19:30 h MESA PLENARIA. Última evidencia en intervenciones enfermera. Auditorio August
Actualización en la prevención y tratamiento de la Mucositis
Sra. Patricia Beorlegui Murillo
Enfermería en Radiodermatitis. De la experiencia a la evidencia
Sr. Juan Luis Ribes Bernal
Prevención y manejo de las náuseas y vómitos en Hospital de Día
Sra. Teresa Navarro Prada
- 18:00 - 19:30 h TALLER DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS: Reiki. Sala Isis. (Patrocinado por SEEO)
Sra. Carmen Luque Frías
- 19:30 h Asamblea Socios de la SEEO

Viernes 29 de mayo

- 09:00 - 10:30 h MESA PLENARIA. Abordaje psicológico: información y comunicación. Auditorio August
Impacto psicológico y adaptación en cáncer
Sra. M^a Eugenia Díez Fernández
Aspectos psicológicos durante el tratamiento del paciente oncológico
Sra. M. Luisa Cáceres Zurita
Actitudes y estrategias en el acompañamiento al final de la vida
Sra. Montserrat Edo Gual
- 10:30 h Pausa café
- 11:00 - 12:30 h MESA PLENARIA. Gestión clínica en enfermería oncológica. Auditorio August
El papel de la enfermera gestora en las unidades asistenciales
Sra. María del Mar de la Madriz



Coordinación de cuidados en las unidades de gestión clínicas intercentros

Sr. Antonio Zamudio Sánchez

Gestión de agendas en un Hospital de Día, todo un reto

Sr. David González Bravo

- 12:40 - 14:10 h MESA TEMÁTICA. Auditorio August
- 12:40 - 14:10 h TALLER DE INVESTIGACIÓN. Auditorio Eutyches. (Patrocinado por SEEO)
Presentación y normativa de un proyecto de investigación
Sr. Adolfo Romero Ruiz
- 12:40 - 14:10 h TALLER DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS. Sala Isis. (Patrocinado por SEEO)
La práctica de Mindfulness como herramienta para el autocuidado del profesional de enfermería
Sra. M^a Eugenia Díez Fernández
- 14:10 h Almuerzo
- 16:00 - 17:00 h MESA TEMÁTICA. Auditorio August
- 16:00 - 17:00 h MESA TEMÁTICA. Auditorio Eutyches
- 17:00 - 18:30 h MESA PLENARIA. Paradigma actual de la investigación oncológica
Experiencia en la creación de una Unidad de Investigación Clínica Oncológica
Sra. Tatiana Massarrah Sánchez
EONS: referente de Investigación en Europa
Sra. Nuria Domenech Climent
Unidades de ensayos clínicos en fase I
Sra. Olga Fernández Núñez
- 18:30 - 19:30 h MESA TEMÁTICA. Auditorio August
- 18:30 - 19:30 h MESA TEMÁTICA. Auditorio Eutyches
- 21:30 h Cena de gala

Sábado 30 de mayo

- 10:00 h SIMPOSIUM
Dietética avanzada contra el cáncer: Dietcan + Polifenoles
Sr. Javier Marcos Alba
- 11:00 h CONFERENCIA DE CLAUSURA
Nuevos roles, nuevos retos para enfermería oncológica. Perspectivas futuras
Sra. Paz Fernández Ortega
- 12:00 h Conclusiones comité científico
- 12:30 h CLAUSURA DEL CONGRESO



¡¡ASÓCIATE!!

a la Sociedad Española de Enfermería Oncológica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

¿Por qué?

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

¿Qué te proporciona la SEEO?

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

Sociedad Española de Enfermería Oncológica
www.seeo.org



Boletín de Suscripción

Nombre y Apellidos _____

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

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____ País _____

Servicio y Centro de Trabajo _____

Forma de pago

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

Banco/C.A. _____

Nº de cuenta:

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____

NOMBRE DEL TITULAR _____

Firma



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

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

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTABLES

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

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

ESTRUCTURA EN LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIONES

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

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

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

PROCESO EDITORIAL

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

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

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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

Los trabajos serán remitidos:

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



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

www.seeo.org