



Vol. 16 - N°2. Mayo 2014

enfermería oncológica

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

WWW.SSEO.ORG



hoy es miércoles, 09 de abril de 2014

Premio al mejor trabajo
Audiovisual XI Congreso
nacional de Enfermería
Oncológica

[Click aquí](#)

IV edición
BECA DE INVESTIGACIÓN
EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
PATROCINADA POR HOSPIRA



vea
nuestro
anuncio



Manual de Actividades
SEEO



[Ver documento](#)

¡Novedades!



Ver
libros



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

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

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

HIGHLIGHTS
XIV Congreso Nacional SEEO
Ahora disponibles en Audiovisuales
Entrar aquí
Zaragoza
8-11 de mayo
2013

Consulta las últimas noticias
Ahora te proporcionamos las
noticias más relevantes
ENTRAR >>

HIGHLIGHTS
Jornadas de Enfermería Oncológica 2012
Ahora disponibles en Audiovisuales
Entrar aquí



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

Indexada en la base de datos de CIBERINDEX.

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

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

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

sumario

EDITORIAL. **4** • ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL. **5** • ENTREVISTA A MARIA PILAS MOSTEIRO DÍAZ. **12** • COMPORTAMIENTO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL POLICLÍNICO ROSA E. SIMEÓN. MUNICIPIO LA SIERPE. **16** • NUESTROS COMPAÑEROS DE... **24** • PÍLDORAS COLECCIONABLES. **25** • BREVES. **26** • FICHAS QUIMIOTERAPIA. **27** • NOTICIAS DE EUROPA. **29** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **31** • AGENDA, CONGRESOS Y JORNADAS. **32** • A LA VANGUARDIA. **33** • ¿SABÍAS QUE...? **37** • RELATO. **41** • NORMAS DE PUBLICACIÓN. **46**



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



Concepción Reñones Crego.

Editorial



Ya estamos en Mayo, y ha llegado la fecha de nuestras [Jornadas de Enfermería Oncológica](#) que este año tienen lugar en Toledo. El lema elegido es "[Calidad, el camino hacia la excelencia](#)" porque creemos que tenemos la responsabilidad de buscar la excelencia como compromiso de calidad.

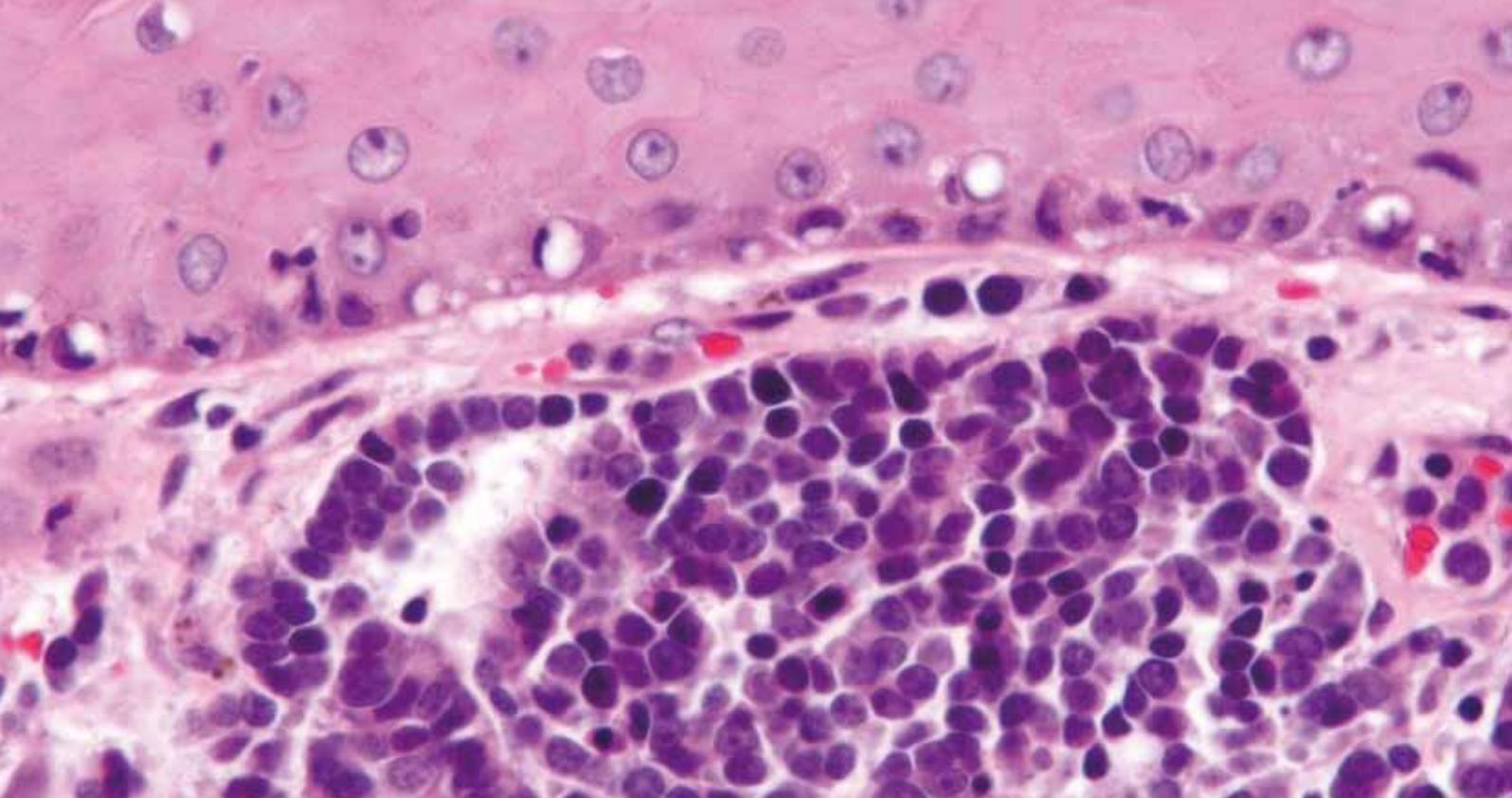
Se dice que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, público, universal, gratuito y equitativo, aunque la realidad que estamos viviendo debido a la enorme presión a la que se encuentra sometido no augura un futuro alentador.

Hablamos de que el paciente y familia sea nuestro centro de atención, pero seguimos trabajando por procedimientos, técnicas, patologías... El cuidado centrado en el paciente incluye respeto y dignidad, intercambio de información, participación en la toma de decisiones y colaboración e implicación en las políticas sanitarias. A pesar de que la importancia de este enfoque es cada vez más reconocida por los sistemas sanitarios, la realidad es que el núcleo de la filosofía de este tipo de cuidados sigue siendo la enfermería.

Está demostrado que este método de trabajo aumenta el grado de satisfacción del paciente y del profesional sanitario pero requiere un cambio en la formación con enfermeras especializadas y una reestructuración organizativa. Esto solamente podrá implantarse con éxito si existen los recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos.

Somos enfermeras oncológicas capacitadas para evaluar la seguridad, efectividad y resultados de salud de nuestras intervenciones que ejercemos de forma autónoma, mediante habilidades de práctica avanzadas, en un contexto cambiante como es el escenario del cáncer.

Qué tal si dejamos de hablar en términos económicos y hablamos de cómo estamos tratando realmente a nuestros pacientes...👉



Atención de enfermería a pacientes con **CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL**

Autores: Eva María Sanz Peces. Enfermera.
Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria. Dirección Asistencial Norte. Madrid.

Contacto: Eva María Sanz Peces. Centro de Salud Reyes Católicos.
Avda. de España, nº 20, San Sebastián de los Reyes. Madrid.
e-mail: evamaria.sanz@salud.madrid.org

RESUMEN

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor neuroendocrino de la dermis, de baja incidencia, muy agresivo y con gran tendencia a la recidiva local. La mortalidad es más elevada que en personas con melanoma y el pronóstico se basa en la detección precoz.

Entre los problemas que pueden presentar los pacientes con CCM destacan la ulceración de las lesiones tumorales. El objetivo en los cuidados es proporcionar la mayor comodidad abordando los problemas detectados y facilitando la adaptación del paciente y familia.

Se describen dos casos clínicos de pacientes con CCM con el objetivo de analizar el plan de cuidados desarrollado durante el seguimiento. La valoración de enfermería se hizo utilizando los patrones funcionales de Marjory Gordon, los problemas de salud se describieron siguiendo la taxonomía NANDA, los resultados con la clasificación NOC y las intervenciones utilizando la clasificación NIC. Los principales problemas detectados fueron: dolor, mal olor, exudado, hemorragia e importante afectación emocional en paciente y familia.

El cuidado de las úlceras tumorales es complejo y constituye un reto, siendo su abordaje generalmente paliativo. El conocimiento en torno a este problema se fundamenta en series de casos, datos de cohorte y estudios cualitativos. El metronidazol tópico y los apósitos de carbón activo han demostrado evidencia en el control del mal olor. El futuro de las investigaciones pasa por el diseño riguroso de estudios dirigidos a medir objetivamente el control de síntomas y la mejoría en la calidad de vida.

ABSTRACT

Merkel cell carcinoma (MCC) is a rare, highly aggressive neuroendocrine tumor of the dermis that has a high tendency toward local recurrence. Mortality is higher than in persons with melanoma, and the prognosis depends on early detection. Ulceration of the tumor lesions is one of the problems that can present in MCC patients. The objective in care is to provide the greatest comfort by addressing the problems detected and facilitating the adaptation of the patient and family. Describes two clinical cases of patients with CCM in order to analyze the plan

of care developed during the follow-up. The nursing assessment was done using functional patterns Marjory Gordon, health problems were described following the NANDA taxonomy, outcomes using the classification NOC and interventions using the classification NIC. The main problems identified were pain, odor, exudate, bleeding and significant emotional impact on patient and family. The tumor ulcer care is complex and challenging, and its approach generally palliative. The knowledge around this problem is based on case series, cohort data and qualitative studies. Topical metroni-

dazole and active carbon dressings have shown evidence of unpleasant odor control. The future of the research involves the design rigorous studies to objectively measure symptom control and improved quality of life.

Palabras clave: úlcera tumoral, tumores ulcerados, cuidados paliativos, carcinoma de células de Merkel.

Key words: malignant wounds, fungating wounds, neoplastic lesions, ulcerating tumours, palliative care, Merkel cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor neuroendocrino de la dermis, de baja incidencia aunque muy agresivo y con gran tendencia a la recidiva local, extensión linfática y hematógena^{1,2}. Suele aparecer en personas mayores de 65 años, no existen diferencias de género y se ha observado que es más frecuente en personas de raza caucásica^{1,3}. Los principales factores de riesgo son la exposición solar y la inmunodepresión³. Suele aparecer como un nódulo o placa indurada e indolora, de color púrpura, violeta o de aspecto eritematoso^{1,4,5}. Crece rápidamente y se localiza en aproximadamente el 50% de los pacientes en cabeza y cuello^{1,2,3,5}. Su apariencia inocua, su baja incidencia y el desconocimiento de esta atípica neoplasia cutánea dificulta el diagnóstico en fases iniciales y contribuye a un retraso en el diagnóstico^{1,5,6}. La mortalidad es más elevada que en personas con melanoma^{3,7}.

Entre los problemas que pueden presentar los pacientes con CCM destacan la ulceración de las lesiones tumorales. Las úlceras tumorales se definen como lesiones cutáneas producidas por infiltración y crecimiento de células tumorales en las estructuras de la piel, bien como resultado de un tumor primario y en un 5-10% de los tumores metastásicos⁸.

Los principales problemas asociados son dolor, mal olor, exudado, hemorragia e importante afectación emocional en paciente y familia^{8,9}. Provocan un gran impacto sobre la imagen corporal, pudiendo producirse una pérdida de identidad y afectación de las relaciones sociales. El principal objetivo en los cuidados de enfermería es proporcionar la mayor comodidad abordando los problemas detectados y facilitando la adaptación del paciente y familia⁹. El cuidado de las úlceras tumorales estará orientado a proporcionar el máximo confort previniendo el dolor producido por las curas, prevenir o eliminar infecciones, evitar el mal olor, prevenir el sangrado, facilitar la absorción y/o drenaje del exudado, favorecer la aceptación social manteniéndolas limpias y cubiertas con apósitos adecuados¹⁰.

El CCM es una neoplasia cutánea infrecuente, lo que ha motivado que la evidencia científica existente hasta el momento sean estudios descriptivos de series de casos, fundamentalmente dirigidos a investigar su etiopatogenia, diagnóstico precoz y tratamiento oncológico específico. Si bien, existen recomendaciones generales sobre los cuidados de los pacientes afectados por úlceras tumorales, encontramos que no existen publicaciones específicas de enfermería en la atención a los pacientes afectados

por CCM. Por este motivo, el objetivo de este trabajo es describir y analizar el plan de cuidados desarrollado en la atención a dos pacientes afectados por esta neoplasia, destacando los principales problemas detectados durante el seguimiento en relación a los cuidados de las úlceras tumorales.

La valoración de enfermería se hizo utilizando los patrones funcionales de Marjory Gordon, los problemas de salud se describieron siguiendo la taxonomía NANDA, los resultados con la clasificación NOC y las intervenciones utilizando la clasificación NIC.

En la valoración específica de las úlceras tumorales, se utilizó el sistema de estadificación MCWSS (Malignant Cutaneous Wound Skating System) descrito por Haisfield-Wolfe y Baaxendale-Cox. (Tabla I).

Las imágenes se obtuvieron con el consentimiento de los pacientes, limitándose su uso a fines de características docentes e investigadoras.

EXPOSICIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Hombre de 83 años, diagnosticado de CCM en región frontal izquierda, recibe tratamiento con cirugía. A los cuatro meses presenta recidiva inoperable. Se

ESTADÍO	ASPECTO DE LA ÚLCERA
1	Úlcera cerrada. Piel intacta.
1N	Úlcera cerrada. Piel superficialmente intacta, úlcera dura y fibrosa.
2	Úlcera abierta, afectación dermis y epidermis.
3	Úlcera abierta. Pérdida de tejido celular subcutáneo.
4	Úlcera abierta. Invasión de estructuras anatómicas profundas.

Tabla 1. Malignant Cutaneous Wound Staging System (MCWSS) Haisfield-Wolfe y Baaxendale-Cox.



Imagen 1.

desestima quimioterapia y radioterapia por comorbilidad y deterioro funcional desde hace 2 años, siendo remitido al Equipo de Soporte para seguimiento domiciliario.

En primera visita destaca un deterioro funcional moderado con un Índice de Barthel de 45 (precisa ayuda para el aseo, baño, vestido, transferencias y deambulación), no presenta deterioro cognitivo y vive con esposa y sus hijos colaboran en los cuidados. Presenta sordera severa para lo que utiliza la comunicación escrita en las visitas. No quiere salir a la calle, por las características de las lesiones y la necesidad de apósitos para cubrir las, aunque acepta la visita de familiares.

Presenta úlcera abierta en región frontal izquierda, excrudente, con áreas de necrosis y zonas muy vascularizadas con

tendencia al sangrado. Lesiones cerradas induradas que se extienden hasta pabellón auricular izquierdo. A los 45 días la lesión ha aumentado de tamaño, presentándose como úlcera abierta hasta región retroauricular y cervical, muy vascularizada, con áreas de necrosis, sangrado y mal olor. (Imagen 1).

Manifiesta dolor en hemicara izquierda en ocasiones de características "punzantes" (Escala Numérica-EN de 8) y también dolor relacionado con las curas (EN-8). Se programan curas diarias coordinando la atención entre el Equipo de Atención Primaria, el Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria y el Servicio de Atención Rural.

El paciente fallece en domicilio a los 6 meses del diagnóstico, siendo remitido al Equipo de Soporte para seguimiento domiciliario en los 2 últimos meses.

Caso 2

Mujer de 72 años, diagnosticada de CCM en región frontal izquierda, recibe tratamiento con cirugía y radioterapia adyuvante. A los 7 meses presenta recidiva local y lesión de 4 cm. en región malar derecha. Adenopatías cervicales de hasta 6 cm. Se inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia concomitante.

En primera visita, la paciente no presenta deterioro funcional (Índice de Barthel-100) ni cognitivo. Estado de ánimo depresivo sin ansiedad. Vive con esposo y tiene apoyo de dos hijas que colaboran en los cuidados y curas. La paciente no desea salir de casa y sólo lo hace para acudir al hospital, nos manifiesta su gran preocupación por el aspecto de las lesiones de la cara y no quiere que otras personas la vean.

Inicialmente presentaba múltiples nódulos indurados en hemicara izquierda y



Imagen 2.

PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
Percepción-manejo de la salud	Riesgo de infección (00004)	1103-Curación de la herida por segunda intención	Protección y control de infecciones Enseñanza: medicamentos prescritos
Nutricional-metabólico	Deterioro de la integridad cutánea (00046)	1101-Integridad tisular 1103-Curación de la herida por segunda intención	Vigilancia de la piel Cuidados de la piel y las heridas: irrigación, tratamiento tópico Administración de medicación tópica
Actividad-ejercicio	Riesgo de sangrado (00206)	1902-Control del riesgo 1908-Detección del riesgo	Prevención de la hemorragia Reducción de la hemorragia: heridas Control de la hemorragia
Cognitivo-perceptual	Dolor agudo (00132)	1605-Control del dolor 2100-Nivel de comodidad 2102-Nivel del dolor	Manejo del dolor Manejo de la medicación Administración de analgésicos Enseñanza: medicamentos prescritos Consulta por teléfono
Autopercepción-autoconcepto	Trastorno de la imagen corporal (00118)	1305-Adaptación psicosocial: cambio de vida 1205-Autoestima 1200-Imagen corporal	Escucha activa Aumentar el afrontamiento Apoyo en la toma de decisiones Apoyo emocional Potenciación autoestima Potenciación de la seguridad
Rol-relaciones	Deterioro de la interacción social (00052)	1604-Participación en actividades de ocio 2601-Clima social de la familia	Asesoramiento Apoyo a familia y cuidador principal Terapia de entretenimiento Estimular la integridad familiar

Tabla 2. Plan de cuidados.

región inframandibular, que inicialmente disminuyen de tamaño con tratamiento radioterápico. Al final del seguimiento, importante progresión con nódulos en región submandibular, lesión frontal izquierda y lesión malar derecha, de características excrecentes, muy vascularizadas, con gran tendencia al sangrado, mal olor y dolor de características neuropáticas (EN-7). (*Imagen 2*). Las curas se coordinaron entre el Equipo de Soporte, el Equipo de Atención Primaria, el Servicio de Atención Rural y la familia.

La paciente fallece en hospital a los 15 meses del diagnóstico, siendo seguida en domicilio por el Equipo de Soporte los últimos 5 meses.

A continuación se describe el plan de cuidados en la atención de enfermería a ambos pacientes. (*Tabla II*).

DISCUSIÓN

El objetivo principal en la atención a pacientes con úlceras malignas será promover el confort, abordando los problemas detectados y facilitando la adaptación del paciente y familia.

La prevalencia de úlceras tumorales no ha sido bien determinada. Aparecen en fases avanzadas y son indicador de mal pronóstico. En un estudio prospectivo desarrollado por Maida, de una serie de 472 pacientes con cáncer, 67 desarrollaban úlceras malignas. Las pacientes con cáncer de mama tenían la prevalencia más alta de úlceras tumorales (47,1%). Las úlceras localizadas en región perineal y genital fueron las que presentaron el ratio más alto de síntomas por úlcera². Las úlceras se asociaron al menos con uno de los ocho síntomas siguientes: dolor, efecto masa, problemas estéticos, exudado, mal olor, prurito, sangrado y costras. El dolor fue el síntoma más prevalente presentándose en uno de cada tres pacientes¹¹. Este estudio tiene como limitación que medía la presencia o ausencia de cada síntoma, pero no se cuantificaban.

Schulz realizó un estudio cualitativo dirigido a profesionales sanitarios que

proporcionaban atención directa a pacientes con úlceras malignas. Para los profesionales, los pacientes tenían una media de seis problemas. Identificaron diez problemas como los más prevalentes: dolor, estrés emocional, mal olor, exudado, sangrado, deterioro funcional, problemas sociales, edema, alteraciones nutricionales y complicaciones (fisulas, infección)¹². Ambos autores reconocían la necesidad de realizar estudios prospectivos en este tipo de pacientes destinados a cuantificar los problemas más prevalentes.

El tratamiento de las úlceras tumorales es complejo y constituye un reto para los profesionales. Siempre que sea posible se considerará el tratamiento específico antitumoral (cirugía, quimioterapia, radioterapia) que contribuya al control de síntomas con los mínimos efectos adversos. La radioterapia es la más utilizada ya que facilita el control del dolor, exudado y procesos hemorrágicos^{9,13}. Aunque haya pacientes que pueden beneficiarse de un tratamiento específico, el abordaje es generalmente paliativo.

Diferentes autores proponen las siguientes recomendaciones para el abordaje de los problemas asociados. (*Tabla III*)^{8,9,10,13,14,15,16,17,18,19,20}. Estas recomendaciones se basan fundamentalmente en la práctica clínica. Para Grocott, la base del conocimiento en torno a este problema se fundamenta en series de casos clínicos, datos de cohorte y estudios cualitativos¹⁵.

Una revisión Cochrane de 2007, tenía como objetivo evaluar los efectos de agentes tópicos y apósitos en la calidad de vida y control de síntomas en personas con úlceras tumorales. Entre las conclusiones destacan que el uso de metronidazol tópico consiguió reducir el mal olor, aunque los estudios tenían limitaciones metodológicas¹⁶. Una reciente revisión sistemática de 2010, destaca que el uso de metronidazol tópico y los apósitos de carbón activo pueden ayudar a controlar el mal olor (grado de recomendación B)¹⁷.

Algunas recomendaciones han mostrado evidencia en la resolución de problemas asociados a heridas crónicas de la piel (úlceras por presión y úlceras vasculares). Es el caso del uso de anestésicos locales (prilocaína y lidocaína) para el control del dolor previo a la realización de curas en las úlceras venosas de la pierna²¹. El gel de morfina ha sido usado para el control del dolor en pacientes con úlceras tumorales, aunque la evidencia se limita a series de casos.

La valoración de enfermería siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon, nos permite realizar una valoración multidimensional (biológica-funcional, psicoafectiva, espiritual y sociofamiliar). También es importante recoger información relacionada con la enfermedad de base, tratamientos oncológicos recibidos y tratamientos farmacológicos, con objeto de identificar factores que puedan influir en la evolución de las lesiones y las complicaciones asociadas.

En la valoración específica de las úlceras tumorales, es importante describir el tiempo de evolución, la localización, tamaño y profundidad, características de las lesiones (destruyentes o proliferativas), tipo de tejido (necrosis seca o húmeda, granulación, vascularización) y exudado. Haisfield-Wolfe y Baaxendale-Cox describieron un sistema de estadificación (Malignant Cutaneous Wound Skating System, MCWSS) que puede ayudar en la valoración, basado en la afectación de las estructuras de la piel, tejido celular subcutáneo y estructuras anatómicas profundas (músculo, hueso)^{8,22}. (*Tabla I*). Es importante valorar aquellas lesiones que, por su localización próxima a grandes vasos y destrucción tisular, pueden en su evolución producir una hemorragia masiva.

Los casos presentados corresponden a dos personas mayores de 65 años, de raza caucásica, que presentaban lesión en cabeza y cuello, siendo diagnosticados de CCM. Durante el seguimiento se observa la recidiva temprana a pesar de la cirugía y el rápido crecimiento de las lesiones.

INTERVENCIONES Y CUIDADOS	
Medidas generales	Retirar apósitos con suero fisiológico. Irrigación suave con suero fisiológico. No arrastrar. No desbridar. Colocación apósitos según comodidad paciente y exudado. Cuidar la estética. Vendaje sin tensión y mallas tubulares.
Sangrado	Retirar apósitos humedeciéndolos con suero fisiológico. No arrastrar. Tul de vaselina filante. Apósitos antiadherentes. Compresión local con gasa (10-15 minutos). Gasa con adrenalina 1:1000 (valorar vasoconstricción y riesgo necrosis). Esponjas hemostáticas. Sucrafato tópico. Nitrato de plata en punto sagrante (varillas). Agentes inhibidores de la fibrinólisis (ac. tranexámico vía tópica y oral). Radioterapia local hemostática.
Dolor	Escalera analgésica Organización Mundial de la Salud. Si dolor incidental antes de curas (analgesia previa). Anestésicos locales: <ul style="list-style-type: none"> • Lidocaina viscosa 2-4%. • Gel de morfina tópica 0,1%.
Mal olor	Metronidazol gel tópico (0,75%). Apósitos de carbón activado. Metronidazol vía oral.
Exudado	Exudado abundante: espumas poliuretano, apósitos de alginato cálcico, hidrofibra e hidrocélular.
Cuidado piel perilesional	Crema barrera (óxido de zinc, dimeticona).

Tabla 3. Intervenciones recomendadas en las úlceras tumorales.

El plan de cuidados de enfermería tiene como diagnóstico principal el deterioro de la integridad cutánea. Asociados a éste, se identificaron dolor y riesgo de complicaciones tales como infección y sangrado. Cuando nos planteamos el diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea, fijamos como criterios de resultado la integridad tisular/curación de la herida por segunda intención aunque sabemos que este problema tiene un abordaje eminentemente paliativo y que la curación de las lesiones no es un objetivo factible.

Las úlceras se caracterizaban por ser extensas, proliferativas en su crecimiento, muy vascularizadas y con áreas de necrosis (estadio 4 en la clasificación MCWSS). Para el control del dolor, ambos pacientes precisaron fármacos de tercer escalón (OMS) y uso de analgesia previa a la cura para el control del dolor incidental. Se instruyó a los pacientes y familiares en el manejo farmacológico, asegurando un adecuado cumplimiento terapéutico. Las intervenciones para evitar el sangrado fueron: retirar apósitos e irrigación suave con suero fisiológico y tul de vaselina filante para evitar la adherencia de los apósitos. En ambos casos,

se produjeron episodios de sangrado durante las curas, que precisaron uso de adrenalina 1:1000 tópica, esponjas hemostáticas y aplicación de varillas de nitrato de plata en puntos sangrantes. Ambos pacientes recibieron agentes inhibidores de la fibrinólisis (ácido tranexámico) por vía oral. En uno de los casos, se precisó la administración de radioterapia local con fines hemostáticos. En los dos casos, fue necesario el uso de metronidazol tópico en pauta de 7-10 días para control del mal olor, con buena respuesta. El exudado fue aumentando según la progresión de las lesiones, siendo necesaria la cura diaria. Se intentó siempre buscar la comodidad del paciente en la colocación de los apósitos. Utilizamos un vendaje de tipo malla tubular para las lesiones frontales dada la dificultad de fijación de apósitos.

Durante el seguimiento, se alteraron los patrones autopercepción-autoconcepto y rol-relaciones, identificándose trastorno de la imagen corporal y deterioro de la interacción social. La localización de las lesiones en cara, las deformidades que producen, la necesidad de colocar apósitos para cubrirlas y en ocasiones, el mal olor genera un gran impacto emo-

cional en paciente y familia. Se observó una tendencia de los pacientes a permanecer en casa, dejando de realizar actividades que implicaban relacionarse con otros, evitando el contacto social y las visitas. Las intervenciones estuvieron dirigidas a identificar los recursos de afrontamiento, proporcionar apoyo emocional y facilitar la toma de decisiones, potenciando la autoestima y la seguridad. También, se trabajó la importancia del ocio y la participación en las actividades familiares. La intervención dirigida al cuidador principal y familia contempló el apoyo emocional, la identificación de recursos personales de afrontamiento así como proporcionar todas aquellas estrategias educativas para un adecuado cuidado y manejo de los problemas.

La coordinación de recursos sanitarios y la continuidad asistencial son fundamentales para proporcionar un cuidado de calidad, resolver situaciones de urgencia y potenciar la sensación de seguridad del paciente y familia. En ambos casos, se coordinó una atención sanitaria continuada entre Equipo de Atención Primaria, Equipo de Soporte y Atención Paliativa Domiciliaria y Servicio de Atención Rural de Atención Primaria.

CONCLUSIONES

El tratamiento de las úlceras tumorales es complejo y aunque haya pacientes que puedan beneficiarse de un tratamiento específico, el abordaje es generalmente paliativo. Respecto al uso de agentes tópicos, sólo el metronidazol tópico y los apósitos de carbón activo han demostrado evidencia para controlar el mal olor. El futuro de las investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones en las úlceras tumorales pasa por el diseño riguroso de estudios dirigidos a medir objetivamente el con-

trol de síntomas y la mejoría en la calidad de vida.

En la atención de enfermería a pacientes con CCM, destaca la importancia de la valoración integral, en especial la esfera psicosocial, dadas las repercusiones que estas lesiones producen en ella. El cuidado de las úlceras tumorales estará orientado a promover el confort y proporcionar las medidas adecuadas para el control del dolor, mal olor y exudado. También, dedicar especial atención a la prevención de complicaciones, en espe-

cial el sangrado dada la tendencia de las lesiones al mismo. Facilitar el autocuidado, eliminar el mal olor que se asocia a rechazo social y colocar los apósitos cuidando la estética y respetando los gustos del paciente, son medidas que favorecen la adaptación.

Garantizar la continuidad asistencial, coordinando adecuadamente los recursos sociosanitarios, contribuye a mejorar la calidad asistencial y proporciona seguridad a paciente y familia. ➤

BIBLIOGRAFÍA

1. Luaces Rey R., Fernández Alba J., Martín R., García Rozado A., Paredela S., Robles O., López Cedrún J.L. Merkel cell carcinoma of the head and neck: Report of seven cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13(6):E390-4.
2. Pardo P., Agustín F., Miranda, C. Carcinoma de células de Merkel. A propósito de dos casos. *Radiología* 2007; 49(5):366-8.
3. Zucchi S. Merkel cell carcinoma: case report and literature review, from a remote region of France. *Rural Remote Health* 2009; 9(1):1072.
4. Bertó J., Cuenca A., Díaz Martínez B., Peña M.L., Ruíz Fernández P., Sánchez de Paz F. Carcinoma de células de Merkel. Estudio de cinco casos. *Actas Dermosifiliogr* 2005;96(2):106-10.
5. Nguyen B.D., McCullough A.E. Imaging of Merkel Cell Carcinoma. *RadioGraphics* 2002; 22:367-376.
6. Pulitzer M.P., Amin B.D., Busam K.J. Merkel cell carcinoma: review. *Adv Anat Pathol* 2009; 16(3):135-44.
7. Rockville Merkel Cell Carcinoma Group. Merkel cell carcinoma: recent progress and priorities on etiology, pathogenesis, and clinical management. *J Clin Oncol* 2009; 27 (24):4021-6.
8. González Barboteo J., Moreno Roldán F. Problemas dermatológicos. Úlceras tumorales. En: Porta J., Gómez-Batiste X., Tuca A. Manual Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Ed. Arán 2008. p. 275-280.
9. Riestra Fernández A., de Miguel Sánchez C., Fernández García C., Vicente Sánchez F., Macé Gutierrez I. Úlcera tumoral. *Form Méd Contin Aten Prim* 2001; 08:254.
10. Monleón-Just M., Rodríguez García Y., Ruiz López D., Sánchez Borrego A., Arroyo Crespo A., Correa Jimenez G. Cuidados en el deterioro de la integridad cutánea secundaria a carcinoma ductal. *Med Paliat.* 2012;19(4):155-159.
11. Maida V., Ennis M., Kuziemyk C., Trozzolo L. Symptoms Associated with malignant wounds: a prospective case series. *J Pain and Symptom M* 2009; 37:206-211.
12. Schulz V., Triska O.H., Tonkin K. Malignant Wounds: Caregiver-Determined Clinical Problems. *J Pain and Symptom M* 2002; 24:572-7.
13. Llagostera Pagés M. Cuidados de la piel. *Aten Primaria* 2006; 38(Supl 2):65-71.
14. Pozo Villa R., Lapeira Cabello, J.M. Úlceras tumorales en cuidados paliativos. A propósito de un caso. *Medicina Paliativa* 2007; 14(2):66-68.
15. Grocott P. Developing a tool for researching fungating wounds. *World Wide Wounds (online)* 2001; <http://www.worldwidewounds.com/2001/July/Grocott/Fungating-Wounds.html>.
16. Adderley U., Smith R. Topical agents and dressings for fungating wounds. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18(2):CD003948.
17. Costa Santos C.M., Mattos Pimenta C.A., Cuce Nobre M.R. A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. *J Pain and Symptom M* 2010; 39:1065-76.
18. Montiel Vaquer L. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral. *Rev Int Grupos Invest Oncol.* 2012;1(2):52-59.
19. Tejada Domínguez F.J., Ruiz Domínguez M.R. Heridas y fístulas tumorales: posicionamiento para mejorar el cortejo sintomático. *Hygia de enfermería* 2010; 74:55-62.
20. García Gómez-Coronado Y., Torres de Castro O. Cuidados específicos en pacientes con úlceras por presión, heridas tumorales y fístulas en el entorno paliativo. En: Martínez Cruz M.B., Monleón Just M., Carretero Lanchas Y., García-Baquero M.T. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Ed. Elsevier 2012.p.142-148.
21. Briggs M., Nelson E.A. Agentes tópicos o apósitos para el dolor en las úlceras venosas de la pierna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
22. Haisfield-Wolfe M.E., Baxendale-Cox L.M. Staging of malignant cutaneous wounds. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26(6):1055-64.



Entrevista a...

M^a PILAR MOSTEIRO DÍAZ

Carmen Vena

Vicedecana de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo.

Enfermera. Licenciada en psicología, Doctora en psicología. Profesora Titular de Universidad.

Pilar, ¿dónde realizaste tus estudios de Enfermería?

Estudié Enfermería en Santiago de Compostela, era muy joven. Cuando terminé, comencé a estudiar Psicología. Hice en Santiago hasta 4º curso, luego me casé y vine a vivir a Oviedo donde ya terminé la carrera (eran 5 años).

Por lo que eres Licenciada en Psicología por la Universidad de Oviedo

Sí, soy Licenciada y Doctor por la Universidad de Oviedo.

¿Cómo fueron tus inicios como enfermera?

Mientras estudiaba Psicología en Santiago, trabajé como enfermera en cuidados intensivos, que fue mi primer trabajo y durante 4 años, en el Hospital de Lugo. Desde que me trasladé a Oviedo trabajé en distintos departamentos: Cirugía Infantil, Hemodiálisis, Oncología infantil. Cuando se fusionaron los centros para ser el Hospital Universitario Central de

Asturias (HUCA), inicié mi etapa como supervisora de Oncología pediátrica.

¿Consideras que te ayudó la Psicología en tu vida profesional?

La Psicología me encantó como carrera y me ayudó mucho en mi vida profesional a relacionarme con los pacientes y familiares y completa muy bien a la Enfermería. Tienes una formación que no la tendrías con solo ser enfermera.

Si ya eres Licenciada, ¿Por qué hiciste el doctorado?

Porque me gustó. Continué estudiando e hice el tercer ciclo de Psicología (Pro-

grama de doctorado de Psicología), continúe con la tesis doctoral y terminé en 1994. El doctorado solo lo podía hacer a través de Psicología y en ese momento no pensé que mi carrera sería académica en el futuro.

¿Cómo llegaste a la Escuela Universitaria de Enfermería?

Nunca pensé en dar clases, la parte asistencial me encantaba, pero también me gustaba la docencia, la investigación, la gestión; todos los roles que puede desarrollar la enfermera me entusiasman, la enfermería me apasiona, así que en 1989 entré en la Escuela como profesora asociada de ciencias de la salud, solo estuve un año, y estaba asociada a la asignatura de Enfermería Materno Infantil.

¿Cuándo volviste a ejercer de profesora?

Una vez que ya había hecho el doctorado y la tesis doctoral me puse a preparar la oposición para una plaza de profesora titular de Escuela Universitaria vinculada al HUCA.

La verdad es que me gustaba la combinación del Hospital y la Universidad.

Cuando llegué a la Universidad ya era Doctor, opté a la plaza de profesor titular de la Escuela, aunque en aquel momento no era un requisito ser Doctor para poder presentarse.

Creo que para trabajar en la Escuela Universitaria hay que tener una base hospitalaria y/o clínica, salvo que te dediques a otras funciones, pero en Enfermería creo que es muy importante tener una base asistencial.

¿Cómo llegaste a la dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería?

Entré como Profesora Titular de Escuela Universitaria vinculada en 1994, ya en 1996 fui secretaria del Departamento de Medicina durante 3 años; y en el 2002 me presenté a la dirección de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia. Era la primera vez que alguien de enfermería se presentaba a una plaza de directora de

la escuela. Fue una decisión muy rápida (en una semana) y una experiencia inolvidable, era una etapa muy ilusionante, de grandes cambios, gente muy contenta, con los estudiantes muy luchadores, con mucha gente de enfermería apoyando; fue una de las mejores experiencias, haber llegado a la dirección.

¿Qué recuerdos tienes de esa etapa?

Fue una etapa de muchos cambios, a partir de ahí se empezó a trabajar en el proyecto Bolonia, que a la Enfermería creo que fue lo mejor que le pudo pasar, porque hasta ese momento teníamos una losa, una enfermera era diplomada y punto, no podía acceder a un Máster, a un doctorado..., si quería ser doctor debía ser doble titulado. Muchas enfermeras hicieron Antropología, Documentación sanitaria, que en ese momento eran la opciones más cortas.

Pasamos a ser Grado de Enfermería, ...¿y?

Fue una ayuda increíble para Enfermería, que tu carrera sea igual que todas las demás, estar en las mismas condiciones, poder hacer un Máster, un doctorado, si tu quieres. Pero eso no significa que todas tengamos que hacer un Máster o un doctorado, pero si podemos decidir sobre nuestro futuro y desde ahí poder acceder a realizarlo. Esta etapa fue de muchísimo, muchísimo trabajo, muchísimas horas de dedicación, había un equipo muy bueno y en el centro había gente que nos ayudó mucho. La universidad se volcó un montón, pero trabajamos mucho, en esa etapa fuimos de los primeros junto con fisioterapia en tener Grado en Oviedo.

¿Qué nos aporta el Grado?

El Grado nos aporta una formación más completa. Todos los alumnos en el último año tienen que hacer un trabajo fin de grado, les da un inicio hacia la investigación, una visión de rigor y de orden muy importante para trabajar mejor, donde tienen que buscar bibliografía científica, llevar a cabo un proyecto o un trabajo científico y hacer la presentación y defensa en un acto público ante un tribunal.

En la organización de nuestro Grado, que no todos tienen que ser iguales; pensamos que el último año de carrera que se añadía al pasar de 3 a 4 años debía completar la formación. En nuestro caso diseñamos un Practicum V en el que todos los estudiantes realizan prácticas clínicas en unidades de críticos y en urgencias y un Practicum VI con la organización de prácticas como una integración a la vida profesional, con la intención de que cuando terminen la carrera conozcan como se trabaja en los diferentes turnos de mañana, tarde y noche y lo ideal ya sería que una vez que hiciesen ese rotatorio, pudiesen continuar trabajando como profesionales en las mismas unidades; ese sería el mejor objetivo de todos.

Pero sabemos que nos toca una etapa de crisis, hay pocas plazas y también se cubren pocas, esto es algo negativo, si estuviéramos en una buena situación, sería perfecto hacer una integración (último año) y luego seguir trabajando en el mismo entorno.

¿Es ese un objetivo de Bolonia?

Uno de los objetivos de Bolonia es que un estudiante realice las mismas prácticas que en el ejercicio profesional, en Enfermería este objetivo lo teníamos conseguido ya que un estudiante podría completar el practicum en junio y en julio estar trabajando como profesional en el mismo lugar.

¿Qué es el practicum VI?

Es una rotación de prácticas clínicas para adaptarse a la vida profesional. El diseño de este último practicum se hizo pensando en esta posibilidad aunque no era nuevo. En el caso de la Universidad de Oviedo lo que hemos añadido fueron los turnos rotatorios con una enfermera de referencia. Ojalá mejoren las cosas y esto se pueda utilizar como preparación para la vida profesional y continuar trabajando contratada en ese dispositivo.

¿Qué opinión te merece el cambio de nombre de la Escuela?

Una vez que ya se consiguió el grado había que cambiar el nombre a la Facul-

ta, era la etapa del Campus de Excelencia, que por un lado era muy importante para la universidad pero para enfermería... dejamos de ser autónomos para integrarnos en una gran Facultad pasando a denominarnos: **Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo**. Y eso tiene ventajas y desventajas...

¿Cuál fue el siguiente paso?

Una vez conseguido el **1º objetivo** que era el **GRADO**, teníamos que apostar por un Máster.

Para conseguir este **2º objetivo** el **MÁSTER** hubo que realizar una memoria, diseñar un buen proyecto, presentarlo a la ANECA y tuvimos la gran suerte de conseguirlo: **Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**.

¿Por qué se eligió el Máster de Urgencias y Cuidados Críticos?

Se hizo un estudio entre los alumnos que terminaban la carrera, preguntándoles que Máster les gustaría realizar y cual les parecía más interesante. La mayoría opinaron que sería muy interesante el de Urgencias y/o Cuidados Críticos. Tengo que decir que a mí los cuidados intensivos me encantan, y me parece que se necesita una formación específica para estas unidades. Por ello decidimos realizar el Máster uniendo las dos: las Urgencias y los Cuidados Críticos.

¿Quién puede acceder a realizar este Máster?

Para acceder a este Máster el único criterio es ser enfermero. Primero te preinscribes, hay 45 plazas. La forma de admisión es con este baremo: el 70% es la nota del expediente, el 15% experiencia profesional (hicimos una estimación corta para facilitar que la gente joven pudiera acceder) y el otro 15% otros méritos.

Este año estamos finalizando la 3ª edición. A la 1ª edición accedieron profesionales del entorno. En el momento actual hay alumnos no sólo de Asturias sino de distintas Comunidades: País Vasco, Madrid..., son alumnos con muy buen

expediente académico y con ganas de hacer el Máster.

Para la 4º edición se abrirá en breve la preinscripción.

¿En qué consiste el Máster Erasmus Mundus en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos?

La preparación del Máster de Urgencias y Cuidados Críticos coincidió con la concesión del sello de Campus de Excelencia Internacional a la Universidad de Oviedo (la Universidad de Oviedo fue una de las primeras nueve universidades españolas en obtener en 2009 la acreditación como Campus de Excelencia Internacional), y como la Universidad, siempre nos apoyó y apostó por la Enfermería, nos animó a presentar el proyecto para Erasmus Mundus.

El requisito para poder participar es tener un consorcio de al menos 3 universidades o centros de educación superior de al menos tres países diferentes de Europa y organizar un buen proyecto conjunto. Nuestro consorcio lo forman la Universidad Metropolia de Helsinki en Finlandia, dos centros portugueses: Universidad del Algarve y el Instituto Politécnico de Santarem y la Universidad de Oviedo que además es coordinadora. El proyecto un título conjunto de Máster: Erasmus Mundus Máster Course in Emergency and Critical Care Nursing (EMMECC NURSING).

Ese año se presentaron 171 propuestas de todas las titulaciones, de ellos sólo se iban a aprobar los 10 proyectos mejores.

La Universidad de Oviedo presentó 4 proyectos, entre ellos el de Enfermería. Nos parecía algo inalcanzable, ya que es muy competitivo, lo selecciona la EACEA (Education, Audiovisual and Culture Executive Agency). Seleccionaron dos proyectos de la Universidad de Oviedo y como coordinadores. La verdad es que fue mucho trabajo, pero valió la pena.

Erasmus Mundus tiene la misma base que nuestro Máster, el idioma es el

inglés, dura 18 meses y rotan por: Universidad de Oviedo (España), Universidad del Algarve (Portugal), Universidad Metropolitana de Helsinki (Finlandia).

El pasado mes de febrero se graduó la 1º promoción EMMECC NURSING y estamos muy contentos, los alumnos son muy buenos y es una gran oportunidad para nosotros y para el hospital de aprendizaje cultural con enfermeros de entornos tan diferentes del mundo como Pakistán, Colombia, República del Congo, Etiopía, Indonesia, Perú, Filipinas, Nepal, Palestina. Ha sido un lujo haber formado parte de esta familia Erasmus Mundus.

¿Cuántas plazas tiene este Máster Erasmus Mundus?

Tiene 25 plazas por edición, de las cuales 12 son becas. En este momento acabamos de realizar la selección de la 3º edición.

¿Qué oferta la Universidad de Oviedo para Enfermería?

Específico de Enfermería oferta un título de Máster oficial: Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos y oferta y Coordina un Máster Erasmus Mundus en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos (EMMECC NURSING), en este caso es un título conjunto que quiere decir que cuando el estudiante finaliza el Máster es titulado por los 4 centros. Su impartición es en inglés y los requisitos son ser enfermero, tener 3 años de experiencia profesional, buen nivel de inglés y buen expediente académico. La Universidad de Oviedo en el 3º semestre, que es el de la especialización y realización del a tesis fin de Máster, oferta la especialización de Oncología y Trasplante.

¿Hacia dónde crees que va la Enfermería en nuestra Comunidad?

Este momento es malo para muchas profesiones y Enfermería no se queda atrás, La crisis también le afecta.

Desde el punto de vista académico, está en el mejor momento de su historia. Los



alumnos son muy buenos, con buen nivel y terminan bien formados.

Creo que el Grado con este año más de formación fue bueno, el añadir formación en iniciación a la investigación con el trabajo fin de Grado y sobre todo el abrirsenos las puertas gracias a Bolonia, fue muy buena porque nos permite llegar a donde queramos y eso significa que puedes llegar al liderazgo de tu profesión y no estar siempre en manos de otros.

El poder acceder a continuar los estudios si lo deseas pudiendo acceder a un Máster en tu Universidad y a realizar el doctorado a continuación también en tu propia Universidad era impensable hace 4 años.

Por supuesto que siempre se puede mejorar, pero estamos en el buen camino.

¿Crees que la Oncología debería ser una asignatura en el Grado?

La oncología se incluye en diversas asignaturas a lo largo de la carrera, desde Enfermería Médico Quirúrgica, Salud Materna, Enfermería del adulto - anciano. Se imparte de forma transversal desde 2º hasta 4º curso, no como una asignatura de Enfermería Oncológica.

Cuando nosotros estudiamos Enfermería, teníamos 3-4 profesores enfermeros, ¿fue difícil conseguir un profesor para cada asignatura?

Nunca se puede decir que se consiguió todo, pero si miramos hacia atrás hay que decir que el mayor número de profesores de las Escuelas de Enfermería eran médicos, hoy en día en nuestra Universidad, el mayor número de profesores de Enfermería son enfermeros,

desde profesores titulares, asociados, colaboradores, vinculados y sin vincular. Los profesores de Enfermería no son específicos para Enfermería, en nuestra Universidad el profesor está dentro de un Departamento y un Área, en nuestro caso el Departamento de Medicina, Área de Enfermería, pero también los profesores de Enfermería pueden dar docencia en otras titulaciones: Fisioterapia, Medicina. Aunque es verdad que el peso mayor lo tiene en la titulación de Enfermería. Siempre es bueno que en una titulación impartan no solo los de la titulación sino también de otras porque esto enriquece.

¿Crees que todos los Diplomados de Enfermería deberíamos convalidar a Grado?

En estos momentos hay un cierto conflicto entre la Conferencia de Directores de Centros de Enfermería, Colegios Profesionales y Sindicatos.

Yo hasta ahora defendía que si una enfermera/o, que tiene plaza en propiedad y no tiene interés e intención en hacer un doctorado, pues le vale su diplomatura, no lo necesita para trabajar. Sin embargo si se tiene 25-30 años, si se quiere hacer un Máster y una tesis doctoral, no estaría mal hacerlo. Pero realmente no es imprescindible, las competencias son las mismas.

Si se quiere hacer carrera académica universitaria, hacer un doctorado, se tiene que hacer porque en el momento actual para tener acceso al doctorado es preciso alcanzar 300 ECTS. La diplomatura se reconoce con 180 ECTS, por lo que o haces 2 Máster o convalidas a Grado y un Máster.

Se habla de un real decreto que se va a realizar una convalidación a todo el mundo, pero no es lo mismo que cuando se convalidó de ATS a Diplomada; ahora eres universitario y se pasa de un título a otro, aunque las competencias sean las mismas, desde el punto de vista académico no es igual diplomado que grado, el número de créditos es diferente, se necesita más cantidad. Tampoco es igual haber estudiado en un centro que en otro, por ejemplo cuando en la Universidad de Oviedo se hacía el curso de adaptación a Grado los enfermeros que estudiaron aquí solo necesitaban completar el Trabajo fin de Grado que es obligatorio y una asignatura; en otras Universidades se necesitaba realizar más contenidos...

Algunos de los alumnos que terminaron en estos últimos años tuvieron que emigrar, ¿la enfermería en esos países es muy distinta a la que estudiaron aquí?

Los alumnos españoles tienen muy buen reconocimiento en los países de nuestro entorno. Muchos de ellos han salido a Reino Unido, Italia, Alemania, Noruega... y se sienten bien formados. En mi opinión por un lado es una pena que se formen en la Universidad de Oviedo y marchen a otros países a trabajar pero también creo que es una oportunidad de perfeccionar otro idioma y trabajar en muchas ocasiones con buenas expectativas y, mejor por supuesto que estar esperando a que te llamen para hacer un día. ¡Esto si es triste. Esperemos que la situación mejore y puedan volver (si quieren) y que las próximas promociones no se tengan que marchar. 🍷



Comportamiento del CÁNCER CÉRVICOUTERINO en el Policlínico Rosa E. Simeón. Municipio La Sierpe

Behavior of cervicouterine cancer in the Polyclinic Rosa E. Simeón. La Sierpe municipality

Autores: Dra. Omara Eneida Sieiro Valdivia¹
Lic Amarilis Juviel González²
Lic. Mayvelin Sánchez Carmentate³

(1) Policlínico "Rosa E Simeón Negrín" Municipio La Sierpe. Sancti – Spíritus, Cuba.
(2) Policlínico "Rosa E Simeón Negrín" Municipio La Sierpe. Sancti – Spíritus, Cuba.
(3) Policlínico "Rosa E Simeón Negrín" Municipio La Sierpe. Sancti – Spíritus, Cuba.

RESUMEN

Introducción: No son pocos los esfuerzos que se realizan para combatir el cáncer cérvicouterino, a pesar de que existe un programa de detección precoz, estamos lejos aún de alcanzar la meta propuesta.

Objetivo: Conocer el comportamiento del cáncer cérvicouterino en el municipio de La Sierpe de la provincia de Sancti Spíritus, en el periodo 2010-2012.

Métodos: El universo de estudio quedó constituido por las 58 pacientes que tuvieron una citología orgánica con diagnóstico positivo de lesiones premalignas o malignas de cuello uterino. Los datos se extrajeron de las tarjetas de citología

de nuestra área de salud, se procesaron en hojas de cálculo de Microsoft Excel, se expresaron en números absolutos y porcentos y se representaron en tablas y gráficos.

Resultados: En nuestro estudio el 32,75 % estaban comprendidas entre las edades de 40 y 49 años, el diagnóstico citológico encontrado con mayor frecuencia era la NIC I con 43 casos (74,13%). Se encontraron 36 pacientes con dos o más hijos (62,0%), la edad de las primeras relaciones sexuales estaban entre los 15-19 años, con 34 casos (58,62%). Se demostró que 36 mujeres tuvo 3 o más compañeros sexuales (62,0%).

Conclusiones: Se determinó que la mayoría de las pacientes con citologías orgánicas positivas se encontraban entre 40 y 49 años, el diagnóstico citológico encontrado con mayor frecuencia fue la neoplasia intraepitelial cervical (NIC I) con pocos casos relacionados con el virus del papiloma humano (VPH), sobresalen las pacientes con 2 o más hijos, la edad de la primera relación sexual estuvo entre los 15-19 años, se demostró que el 60% de las pacientes tuvo 3 o más compañeros sexuales.

Palabras clave: Cáncer cérvicouterino, citología orgánica, lesiones premalignas.

ABSTRACT

Introduction: Many efforts are made to fight against the cervicouterine cancer despite a program of early detection the goal is far from to be achieved yet.

Objective: To know the behavior of cervicouterine cancer in the La Sierpe municipality in the Sancti Spiritus province during 2010-2012.

Methods: The study universe included 58 patients with a organic cytology and positive diagnosis of premalignant or malignant lesions of cervix. Data were collected from the cytology cards of each health area, the calculus sheets of Micro-

soft Excel were processed, expressed in absolute figures and percentages represented in tables and charts.

Results: In our study 32, 75% were included between ages of 40-49 years; the more frequent cytology diagnosis was cervical intraepithelial neoplasm (CIN) with 43 cases (74, 13%). Authors found 36 patients with two or more children (62, 0%) the age at the first intercourse were between 15-19 years, with 34 cases (58,02%). it was demonstrated that 60% of the patients had 3 or sexual more partners

Conclusions: It was determined that most of patients with a positive organic

cytology were between 40-49 years old, the more frequent cytology diagnosis was the NIC I with a few cases related to human papilloma virus (HPV) standing out the patients with two or more children, the age at the first sexual intercourse was between 15-19 years and the it was demonstrated that 60% of the patients had 3 or sexual more partners

Key words: Cervicouterine cancer, organic cytology, premalignant lesions.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte en mujeres en todo el mundo y su incidencia ha crecido a niveles alarmantes, especialmente en países subdesarrollados. A pesar de que muchos países tienen implementado un programa de detección precoz del cáncer cérvicouterino (DPCCU) esta acción no es suficiente, ya que la cobertura sigue siendo muy baja sobre todo en aquellos países donde el nivel educacional es bajo y se ofrece una pobre difusión a este problema de salud¹.

Esta situación se hace más alarmante si tenemos en cuenta que muchas pacientes fallecen de este tipo de cáncer y ni siquiera son reportadas, lo que indica el gran número de casos en sub-registros médicos¹.

Cada año se presentan alrededor de 466.000 nuevos casos de cáncer cérvicouterino (CCU), la mayoría de ellos en países en desarrollo donde rutinariamente no se realizan adecuados programas de tamizaje. De las 231.000 muertes anuales a causa de este cáncer, aproximadamente el 80% se produce en los países en desarrollo, donde constituye el más letal de los cánceres entre las mujeres¹.

Según datos obtenidos del Anuario Estadístico Cubano del 2010, el cáncer cér-

vicouterino ocupa la tercera causa de muerte en el sexo femenino, en el año 2009 se diagnosticaron 1.263 pacientes, de ellas, perdieron la vida 430, de las cuales 200 se encontraban entre los 40 y los 59 años, esto trajo como consecuencia que solo por esta causa se perdieran 32,1 años de vida potencialmente^{2,3}.

En la provincia SS se diagnostican aproximadamente de 100 a 150 casos cada año y el 45% de ellos se presenta en mujeres de 35 años y menos, según el Departamento de estadísticas de la Dirección Provincial de Salud del territorio.

Teniendo en cuenta que esta situación de salud va en incremento y cada día cobra mayor número de vidas jóvenes, según lo revisado en la literatura tanto en el panorama internacional, nacional y provincial, y que además en nuestro municipio constituye un problema de salud nos proponemos realizar este trabajo, que hasta el momento nunca se había realizado una investigación para evaluar el comportamiento del cáncer cervicouterino.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el municipio de La Sierpe durante el periodo comprendido entre el 1^{er} de Enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2012.

Nuestro universo estuvo constituido por 3055 mujeres que en este periodo se les realizó una citología cervical, y nuestra muestra por 58 pacientes que el resultado de la misma fue una lesión premaligna o maligna del cérvix.

La fuente de obtención del dato primario lo constituyó el registro municipal de citología, además las historias de salud familiar e individual de cada una de ellas. El estudio se efectuó conforme a las reglamentaciones y principios éticos, de no divulgación de nombres de personas, diagnósticos o cualquier dato personal de los pacientes utilizados para la investigación en humanos y estudios clínicos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los tres años que se tomaron como referencia para la realización de este estudio se realizaron en el municipio un total de 3.055 citologías orgánicas, lo que constituyó nuestro universo, y la muestra de estudio está conformada por 58 mujeres a las cuales se les diagnosticó una citología patológica, lo que representó el 1.89%. *Estos resultados se evidencian en la tabla 1.*

En la *tabla 2* pretendemos mostrar la distribución de las pacientes con citologías patológicas según sea su grupo (NIC 1, NIC 2, NIC 3, Carcinoma in situ, o el car-

AÑOS	TOTAL DE CITOLOGÍA	TOTAL DE CASOS PATOLÓGICOS	
		Nro.	%
2010	1266	16	1,26
2011	803	16	1,99
2012	986	26	1,62
TOTAL	3055	58	1,89

Tabla 1. Distribución del universo y muestra de estudio. La Sierpe año 2010-2012. Fuente: encuesta realizada.

AÑOS	NIC 1	NIC 2	NIC 3	C. IN SITU	INFILTRANTE	TOTAL
2010	12	2	2	0	0	16
2011	10	3	2	0	1	16
2012	21	5	0	0	0	26
TOTAL	43	10	4	0	1	58

Tabla 2. Distribución de la muestra según año del diagnóstico y tipo histológico. La Sierpe año 2010-2012. Fuente: encuesta realizada.

EDAD	NO	%
Menor de 20 años	1	1,72
20-29 años	15	25,86
30-39 años	16	27,58
40-49 años	19	32,75
50-59 años	6	10,34
≥ 60 años	1	1,72
TOTAL	58	100

Tabla 3. Distribución de la muestra según la edad del diagnóstico de la patología. La Sierpe 2010-2012. Fuente: encuesta realizada.

cinoma infiltrante) y además se especifica el año donde se le realizó el diagnóstico a las pacientes. Como se puede evidenciar en los años 2010 y 2011 se diagnosticaron igual número de pacientes de forma global, siendo más frecuente el NIC 1, con respecto al resto de los diagnósticos, sin embargo debemos destacar que en el año 2011 se diagnosticó un carcinoma infiltrante. En el año 2012 existió un notable incremento de casos con pruebas patológicas, como se puede distinguir la cifra casi resultado del doble de los años anteriores, con un total de 26 casos, de los cuales 21 fueron NIC 1.

En la *tabla 3* se muestra la distribución de las pacientes según la edad, siendo el grupo etario más significativo el comprendido entre 40 y 49 años, lo que representó el 32.75 %, seguido del grupo de 30 a 39 años de edad con un 27.58%. De forma coincidente nuestros resultados son similares a los de numerosos autores que expresan que el cáncer cérvicouterino es una patología de mujeres que se encuentran en plenitud de su vida sexual y reproductiva, donde más de la mitad de las mujeres a las que se diagnostica una lesión cervical premaligna o maligna tiene menos de 50 años. En nuestro país

se han reportado resultados similares. Un estudio realizado en Camagüey en el 2003 comprobó que el grupo etario más afectado es el que corresponde a las mujeres de 35-59 años, hecho que se corresponde con la literatura revisada donde se considera esta enfermedad más frecuente en edades de mayor actividad sexual^{13,14,17,24,27,29}.

En la bibliografía consultada la mayoría de los autores plantea que la agresión directa sobre el cuello uterino lo hace más susceptible a padecer de una patología del cérvix Estudios en la región de

VARIABLES		NO	%
TOTAL DE PARTOS	Ninguno	2	3,4
	Uno	14	24,1
	Dos	36	62,0
	Tres o más	6	10,3
	TOTAL	58	100
INTERRUPCIONES DE EMBARAZOS	Ninguno	1	1,72
	Uno	6	10,3
	Dos	51	87,53
	TOTAL	58	100

Tabla 4. Distribución de la muestra según número de partos e interrupciones de embarazo. Fuente: encuestas realizadas.

las Américas muestran resultados diversos con relación a la paridad. Un estudio realizado en México encontró una media significativa en su casos de 3,67 partos, llamando la atención la tendencia lineal de riesgo estimado de padecer un CCU a partir del primer parto vaginal, de tal manera que las mujeres con siete partos o más, tienen un riesgo estimado de 3,24 veces (IC 95% 2,20-4,76). En nuestro país algunos autores han mostrado resultados similares, al reportar hasta en el 65,45% de los casos con CCU, tres o más partos previos, de igual forma el antecedente de 3 o más partos incrementa en 3,55 veces la posibilidad de su aparición lo que coincide con lo planteado por Sáiz Sánchez y otros que consideran existe un incremento propor-

cional, debido a que la múltipara generalmente comienza precozmente su vida sexual^{7,11,20,26}.

En la *tabla 5* relacionamos el número de parejas sexuales de nuestras pacientes y la presencia de infecciones cervicovaginales, donde se evidencia de forma clara, que el mayor porcentaje se representa en pacientes que han tenido más de tres parejas sexuales y en aquellas que han estado afectadas por infecciones vaginales con el 82,75 y el 96,55% respectivamente.

Lo anterior expuesto evidencia que prácticamente coincidimos con el 100% de las bibliografías consultadas, que expresan que el cambio de parejas sexuales y

la exposición a infecciones cervicovaginales, sobre todos las relacionadas con el HPV son los detonantes causales fundamentales de esta patología en cuestión. El riesgo de neoplasia intraepitelial cervical y cáncer es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprano; así, en el estudio de Muñoz y otros, en Zacatecas (México), al tomar como referencia a las mujeres que iniciaron su vida sexual después de los 20 años, se estima que aquellas que lo hicieron antes de los 15 años tienen un riesgo dos veces mayor (RM 2,0, IC 95% 1,2-3,5). Es significativo que el estudio de Amaro y Polo en Camagüey en el 2003, por cada mujer con CCU que no tuvo este factor de riesgo, hubo 20,64 mujeres enfermas que si presentaron

VARIABLES		NO	%
NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	Uno	2	3,44
	Dos	8	13,79
	Tres o más	48	82,75
	TOTAL	58	100
INFECCIONES VAGINALES	Si	2	3,44
	No	56	96,55
	TOTAL	58	100

Tabla 5. Distribución de la muestra según número de compañeros sexuales e infecciones cervicovaginales. Fuente: encuestas realizadas.

EDAD AL PRIMER PARTO	NO	%
< 20 años	32	55,1
20-29 años	17	29,3
≥ 30 años	9	15,5
TOTAL	58	100

Tabla 6. Distribución de la muestra según la edad del primer parto. La Sierpe 2010-2012. Fuente: encuestas realizadas.

TIPO DE ANTICONCEPTIVO	NO	%
Tabletas	11	18,96
DIU	39	67,24
Preservativos	3	5,17
Ningún método	5	8,6
TOTAL	58	100

Tabla 7. Distribución de la muestra según el tipo de anticonceptivos utilizados. La Sierpe 2010-2012. Fuente: encuestas realizadas.

VARIABLES		NO	%
ESTADÍO ACTUAL	Seguimiento	52	86,65
	Pendiente tratamiento	2	3,44
	Alta	3	5,17
	Otros	1	1,72
	TOTAL	58	100
TIPO DE TRATAMIENTO	Conización	50	86,20
	Amputación	5	8,62
	Histerectomía	2	3,44
	Histerectomía ampliada y radioterapia	1	1,72
	TOTAL	58	100

Tabla 8. Estadío actual y el tipo de tratamiento realizado. Fuente: encuestas realizadas.

este antecedente, lo que coincide con toda la literatura revisada^{28,29}.

En la *tabla 6* exponemos la edad del primer parto y la presencia de citología patológica, donde evidenciamos que las mujeres que tuvieron su primer parto antes de los 20 años tienen mayor predisposición a padecer de patologías del cérvix, en nuestro trabajo estuvo representado por 32 pacientes lo cual representó el 55.1%.

También al revisar la literatura actualizada algunos autores encontraron similares resultados a los nuestros^{2,4,6,8,12,18}, otros sin embargo difieren de este factor como agente de predisposición^{1,3,5,7,10,15}.

En la *tabla 7* relacionamos el método anticonceptivo utilizado por la paciente y la aparición de lesiones patológicas del cérvix, donde podemos observar que 39 pacientes usaban DIU lo cual representa

el 67.24% del total, llama la atención que sólo tres pacientes usaron el preservativo como método para evitar los embarazos e infecciones cervicovaginales lo que se expresa en un 8.6%.

En la bibliografía consultada se evidencia que el uso de los DIU como factor de riesgo importante para el desarrollo de este tipo de afecciones y por su relación directa a través de la guía del mismo y la

erosión del cérvix como agente predisponente a la aparición de infecciones, traumatismos constantes etc., además también se expresa en la bibliografía que el uso del preservativo a pesar de proteger el embarazo, también evita las infecciones cervicovaginales^{6,9,16,19}.

En la *tabla 8* relacionamos el estadio actual y el tipo de tratamiento realizado, donde mostramos que 52 pacientes se mantienen en seguimiento especializado en la consulta provincial de patología de cuello, lo que representa el 86.65%, así como a 50 pacientes se les realizó Conización del cuello para un 86.20%. Es notorio destacar que una paciente a la cual se le realizó una histerectomía ampliada y recibió radioterapia, falleció recientemente.

En la revisión de la bibliografía del tema pudimos constatar que mundialmente el tratamiento de estas pacientes se hace a través de la conización del cérvix por asa diatérmica, donde queda totalmente incluida la lesión y se obtienen buenos resultados, además se conserva parte del cérvix y el útero, y así la función reproductora de la mujer.

CONCLUSIONES

1. Se comprobó que el 1.89% de las pacientes que se realizaron prueba citológica en el periodo estudiado, resultaron patológicas, siendo más frecuente el NIC 1 con 43 pacientes lo cual representó el 74.13%.
2. Se demostró que el grupo etareo comprendido entre 40 y 49 años y las mujeres que han tenido 2 partos, con el

32.75% y 62% respectivamente fueron las más afectadas por esta patología.

3. El inicio precoz de las relaciones sexuales, la primiparidad precoz, la promiscuidad y las infecciones cervicovaginales resultaron factores de riesgo de gran importancia para el desarrollo de dicha patología. ☹️

ANEXO I

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellidos _____ Edad _____

Dirección particular _____ Municipio _____ Provincia _____

DECLARACIÓN

Por este medio expreso mi consentimiento de participar en la investigación que se efectuará sobre: Comportamiento clínico epidemiológico de las variables relacionadas con el cáncer cervico uterino en el municipio de la sierpe. Años 2010-2012.

He sido informado de que:

1. Se aplicará una encuesta sobre datos personales y familiares.
2. Participando no corro ningún riesgo y si los resultados necesitan de tomar alguna conducta seré informado previamente.
3. Los datos que se publiquen no incluirá mi nombre ni el de mis familiares, los datos serán usados con fines científicos.
4. Que puedo abandonar el estudio cuando lo considere oportuno y contribuiré al mejor conocimiento de la enfermedad.
5. Para que así conste firmo la presente:

Encuestada:

Investigadora:

ANEXO II

ENCUESTA

Características Generales de la muestra.

a) Edad _____ b) Color de la piel _____

NIVEL EDUCACIONAL	
Sin escolaridad	
Primaria	
Secundaria	
Pre-universitario	
Técnico medio	
Universitario	

OCUPACIÓN	
Estudiante	
Trabajador	
Ama de casa	
Jubilado	
Desocupado	

LOCALIDAD	
Urbana	
Rural	

Antecedentes de Salud

Si padece de otra enfermedad: Si _____ No _____ Cual _____
 Hábitos tóxicos: Si _____ No _____

Antecedentes Obstétricos

No _____ De gestación _____ Partos _____ Abortos _____ Provocados _____ Espontáneos _____

Antecedentes de Infecciones cervico vaginales

Si _____ No _____ Cuales _____

Uso de anticonceptivos orales: Si _____ No _____

Uso de dispositivos intrauterinos: Si _____ No _____

Características de la enfermedad

Edad de comienzo _____ Tipo histológicos _____ Estadio actual _____ En seguimiento _____

Pendiente a tratamiento _____ Alta _____ Otros _____

Tratamiento

Farmacológico: Si _____ No _____

Conización _____ Amputación de cuello _____ Histerectomía _____

Histerectomía ampliada _____ Radiaciones _____

BIBLIOGRAFÍA

- Informe de la OMS sobre la situación del cáncer cérvicouterino en América Latina 2009. Disponible en: http://www.who.int/immunization/documents/WER_report_HPV_Spanish.pdf Visitado el 5-6-2012.
- Diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer ginecológico. En: El Médico Interactivo. [citado 8 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema16/cancergi.htm> visitado el 5-6-12.
- Parkin D. M. Global cancer statistics in the year 2000. *Lancet Oncol.* 2001 Sep; 2(9):533-43.
- Cheng W. F., Huang C. Y., You S. L., Chen C. J., Hu C. H., Chen C. A. Clinical significance of cytologic atypical squamous cells of undetermined significance. *Obstet Gynecol.* 2009 Apr; 113(4):888-94.
- Ferlay J., Bray .F, Pisan P., Parkin D. M. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence

- Worldwide. GLOBOCAN 2002. IARC Cancer Base 5(2.0), Lyon: IARC Press, 2004.
- Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública de Cuba (DNE/MINSAP). Anuario Estadístico de Salud. La Habana: DNE/MINSAP; 2008.
- Rigol Ricardo, Orlando. Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias Médicas, 2006. Cap. 29 pág. 227-312. Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnosis value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *Arch Pathol Lab Med* [Internet]. 1997 [Citado 12 de Julio de 2010]; 121(3): [Aprox. 13p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9111103>
- Yücesoy G., Kus E., Cakiroglu Y., Muezzinoglu B., Yildiz K., Yuçeoğlu I. Primary malignant melanoma of the cervix. Report of a case. *Archives of Gynecology & Obstetrics.* [Internet]. 2009 Apr [Citado 26 de febrero de 2010]; 279(4): [Aprox. 2p.]. Available

- from: <http://www.springerlink.com/content/x280x772g4724807>.
- Chen J. Small Cell Cervical Cancer Usually Has Poor Prognosis. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 2008 [Citado 14 de agosto de 2010]; 111(6): [Aprox. 6p.]. Available from: http://www.medscape.com/viewarticle/576728_print.
- Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa de Detección oportuna del Cáncer Cervicouterino; 1968.
- Galán Y., Fernández L., Torres P., García M. Trends in Cuba's Cancer Incidence (1990 to 2003) and Mortality (1990 to 2007). *MEDICC Review*, Summer. [Internet]. 2009 [Citado 31 de julio de 2009]; 11 (3): [Aprox. 7p.]. Available from: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=9&id=101&a=va>.
- Sanabria Negrín J. G., Abreu Mérida M., Salgueiro V. Tendencias e incidencia

- actual del cáncer cervicouterino. Pinar del Rio, 1988-2004. VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet; 2005, 1-31 octubre. Disponible en: http://www.conganat.org/7congreso/trabajo.asp?id_trabajo=496.
13. Parkin D. M., Almonte M., Bruni L., Clifford G., Curado M. P., Piñeros M. Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the Latin America and Caribbean region. *Vaccine*. [Internet]. 2008 Aug 19 [Citado 26 de febrero de 2009]; 26 (Suppl11): [Aprox. 14p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18945399>.
 14. Cheng W. F., Huang C. Y., You S. L., et al. Clinical Significance of Cytologic Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2009 Apr [Citado 22 de abril de 2009]; 113(4): [Aprox. 6p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305335>.
 15. Strander B., Andersson-Ellström A., Milsom I., Sparén P. Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study. *BMJ*. [Internet]. 2007 Nov 24 [Citado 14 de mayo de 2011]; 335(7629): [Aprox. 1p.]. Available from: <http://www.bmj.com/content/335/7629/1077.full>.
 16. Böhmer G., Van den Brule A. J., Brummer O., Meijer C. L., Petry K. U. No confirmed case of human papillomavirus DNA-negative cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or invasive primary cancer of the uterine cervix among 511 patients. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2003 Jul [Citado 26 de febrero de 2009]; 189(1): [Aprox. 2p.]. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aMod=afficheN&cpsid=15015367>.
 17. WHO/ICO. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Cuba; 2007. [citado 4 de junio de 2008]. Disponible en: <http://who.int/hpvcentre>.
 18. Dunne E. F., Unger E. R., Sternberg M., et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA*. [Internet]. 2007 [Citado 26 de febrero de 2009]; 297(8): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/297/8/813.full>
 19. Berlin Grace V. M. HPV type 18 is more oncopotent than HPV 16 in uterine cervical carcinogenesis although HPV16 is the prevalent type in Chennai, India. *Indian Journal of Cancer*. [Internet]. 2009 July_September [Citado 26 de octubre de 2009]; 46 (3): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.indianjncancer.com/article.asp?issn=0019-509X;year=2009;volume=46;issue=3;page=203;epage=207;aulast=Berlin>.
 20. Kramer A., Schwebke I., Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BMC Infect Dis*. [Internet]. 2006 Aug 16 [Citado 26 de febrero de 2009]; 6: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/6/130>.
 21. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines and Preventable Diseases: HPV vaccine questions and answers. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hpv/vac-faqs.htm> [citado en enero de 2007]
 22. Tobian A. A. R., Servadda D., Quinn T. C., Kigozi G., Gravitt P. E., Laeyendecker O., et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2, and HPV infections and Syphilis. *N Eng J Med*. [Internet]. 2009 March 26 [Citado 26 de octubre de 2009]; 360 (13): [Aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2676895/>
 23. Chin Hong P. V. Cutting Human Papillomavirus infection in men. *J Infect Dis*. [Internet]. 2008 [Citado 20 de agosto de 2011]; 197(6): [Aprox. 2p.]. Disponible en: <http://jid.oxfordjournals.org/content/197/6/781.short>.
 24. Appleby P., Beral V., Berrington de González A., Colin D., Franceschi S., Goodhill A., et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet*. [Internet]. 2007 Nov 10 [Citado 17 de agosto de 2009]; 370(9599): [Aprox. 11p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993361>.
 25. Hinkula M., Pukkala E., Kyyronen P., Laukkanen P., Koskela P., Paavonen J., et al. A population-based study on the risk of cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia among grand multiparous women in Finland. *Br J Cáncer*. [Internet]. 2004 Mar 8 [Citado 23 de mayo de 2005]; 90(5): [Aprox. 4p.]. Disponible en: http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/A%20population-based%20study%20on%20the%20risk%20of%20cervical%20cancer%20and.pdf.
 26. Papanicolaou G. N., Traut H. F. The diagnosis value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *Arch Pathol Lab Med* [Internet]. 1997 [Citado 12 de Julio de 2010]; 121(3): [Aprox. 13p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9111103>.
 27. Amaro Hernández F., Polo Cardoso K., Mendoza del Pino M., Piñareta L., Cardoso Núñez O. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer cérvicouterino en un área de salud. *Archivo Médico de Camagüey*. 2003; 7(Supl 2).
 28. Muñoz N., Bosch F. X., De Sanjosé S., Shah K. V. The role of HPV in the etiology of cervical cancer. *Mutat Res*. 1994; 305:293-301.
 29. Van Driel W. J., Kenter G. G., Fleuren G. J., Melief C. J. M., Trimbos B. J. Immunotherapeutic strategies for cervical squamous carcinoma. *Current Therapeutic Issues in Gynecologic Cancer*. 1999; 13(1):259-271.
 30. Rossen K., Madsen H., Grunnet N. Epidemodysplasia verruciformis, human papilloma virus infection, genital epithelial neoplasia and possible immunodeficiency. *Ugeskr Laeger*. 1996; 158(7):923-4.
 31. Jastreboff A. M., Cymet T. Role of the human papillomavirus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. *Postgrad Med J*. 2002; 78:225-228.
 32. Clerici Mario; Gene M. Shearer; Enrico Clerici. Cytoquine dysregulation in invasive cervical carcinoma and other human neoplasias: Time to consider the Th1/Th2 Paradigm. *J Nat Cáncer Ins*. 1998 18(4):261-263.
 33. Castellsague X., Bosch F. X., Munoz N. Environmental co-factors in VPH carcinogenesis. *Virus Res*. 2002; 89(2):191-9.



Nuestr@s compañer@s de... Hospitalización del HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO



Rosabel Escamilla y Manuel Olivares

El Servicio de Oncología Médica en La Rioja se creó en el año 1986 apareciendo primero la hospitalización y consulta de oncología. Posteriormente se creó el Hospital de Día de Oncología, y también fue núcleo del Servicio de Cuidados Paliativos creado en el año 2002.

Como todos los servicios de oncología de ciudades con ausencia de esta especialidad en la medicina anterior, la demanda de pacientes y cuidados fue exponencial, y el personal de enfermería tuvo que soportar las grandes demandas de trabajo

físico y emocional que supone el paciente oncológico. La enfermería de oncología de La Rioja salió muy reconocida por pacientes y familias, así como la sociedad riojana en general, en el año 1997 el Servicio de Oncología fue distinguido con el diploma de "RIOJANOS DEL AÑO" otorgado por el diario local La Rioja. También ese año fue cuando los voluntarios de la AECC en La Rioja, iniciaron su labor asistencial dentro de la hospitalización.

Recibe pacientes de toda La Rioja, con una población de referencia de 325000 habitantes.

Actualmente se encuentra ubicado en el nuevo Hospital San Pedro, inaugurado en el año 2007, con todas las habitaciones individuales, lo que supone un valor añadido muy importante para la intimidad del paciente oncológico y sus familias; y con todas las Tecnologías de la Información añadidas a su labor asistencial. 🌱

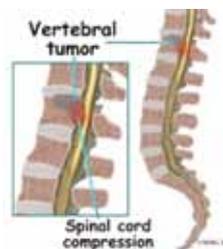


SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR

DESCRIPCIÓN

El síndrome de compresión medular (SCM) consiste en que un tumor primario y/o metastático produce un efecto masa sobre la médula espinal produciendo un déficit neurológico.

Se trata de una urgencia oncológica, ya que de la rapidez con que se identifique, se confirme el diagnóstico y se inicie el tratamiento dependerá el pronóstico. Es fundamental mantener un alto grado de sospecha en los pacientes oncológicos que consultan por dolor de espalda.



ETIOLOGÍA

Se estima que afecta a un 3-7% de los pacientes con cáncer. Es la tercera complicación neurológica más frecuente en el paciente oncológico, después de las metástasis cerebrales y de las encefalopatías tóxico-metabólicas.

La mayor parte de las veces se produce en pacientes ya diagnosticados pero hasta un tercio de los casos son la primera manifestación del tumor, especialmente en el cáncer de pulmón. La vía de diseminación tumoral suele ser hematogena o por contigüidad. La afectación más frecuente es a nivel dorsal (70%), seguido de la columna lumbar (20%) y cervical (10%), aunque la afectación ósea se encuentra en múltiples niveles. Los tumores que con más frecuencia pueden presentar compromiso a nivel vertebral son aquellos que presentan una mayor incidencia de metástasis óseas (mama, pulmón, próstata, melanoma, mieloma).

La compresión tumoral provoca estasis venoso, lo que condiciona hipoxia. Como consecuencia, aparece edema que genera más compresión, reducción del flujo capilar y finalmente isquemia. Esta isquemia del tejido nervioso origina la degeneración neural.

Existen pruebas experimentales y clínicas de que la rapidez de instauración condiciona la posibilidad de recuperación: si los síntomas han durado más de 14 días la posibilidad de recuperación con RDT es de un 89% mientras que si ha sido menor es sólo del 12%¹.

SÍNTOMAS

El desarrollo puede ser agudo y evolucionar rápidamente en menos de 48 horas o presentarse de forma subaguda a lo largo de días o semanas.

Los síntomas fundamentales son:

- **Dolor.** Aparece casi en el 95% de los pacientes al diagnóstico puede afectar a cualquier parte de la columna vertebral y suele orientar hacia el nivel de la compresión. Característicamente empeora con los movimientos, el decúbito, la tos y la flexión del cuello o las extremidades inferiores.
- **Pérdida de fuerza en extremidades.** Aparece casi en el 85% de los pacientes con SCM al diagnóstico. Esta pérdida de fuerza se acompaña de alteraciones en la marcha y el equilibrio y dos tercios de los pacientes no pueden caminar correctamente en el momento del diagnóstico. Suele ser bilateral y simétrica, de .El déficit depende del lugar donde se haya producido la compresión: en el nivel cervical aparece tetraplejía, en el dorsal paraplejía y en el cono medular espasticidad con reflejo de Babinsky.
- **Alteraciones en la sensibilidad.** Se trata habitualmente de parestesias que evolucionan a partir de las zonas más distales.
- **Incontinencia de esfínteres por afectación del sistema nervioso autónomo.** La incontinencia urinaria se produce como consecuencia de la afectación del sistema nervioso autónomo y está presente casi en la mitad de los casos. No es rara la aparición de una retención urinaria aguda que a menudo es indolora. La afectación del sistema nervioso autónomo también puede producir incontinencia fecal o íleo paralítico.

TRATAMIENTO

Es fundamental insistir en el carácter de urgencia de la compresión medular y que el inicio del tratamiento debe ser lo más precoz posible (incluso ante la sospecha clínica) puesto que de ello va a depender el pronóstico funcional del paciente.

Existen varias opciones terapéuticas que se pueden utilizar, bien por separado o combinadas:

- Medidas farmacológicas: corticoesteroides , analgésicos y antiinflamatorios
- Radioterapia
- Cirugía descompresiva
- Quimioterapia

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Reconocer los signos y síntomas del SCM para su temprana detección y la aplicación de medidas efectivas.
- Manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos.
- Atención psicológica a paciente y familia para disminuir ansiedad que provoca aparición de compresión medular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rades D., Blach M., Nerreter V., Bremer M., Karstens J. H. Metastatic spinal cord compression. Influence of time between onset of motoric deficits and start of irradiation on therapeutic effect. Strahlenther Onkol 1999;175:378-381.

De Melo N. et al. Journal of Nursing UFPE . Nursing interventions related to the treatment of syndromic oncologic emergencies. Revista de Enfermagem UFPE Sep2012, Vol. 6 Issue 9, p2307-2311. 5p. 3 Charts.

www.seom.org



Antonio Zamudio



REALIZAN UN PERFUSIÓN QUIMIOTERÁPICA DE EXTREMIDAD INFERIOR VASCULARMENTE AISLADA

Un hospital realiza por primera vez en España una perfusión quimioterápica de extremidad inferior vascularmente aislada con sistema cerrado en un paciente con metástasis en tránsito de melanoma localizado en la extremidad inferior. ■

<http://oncologia.diariomedico.com/area-cientifica/especialidades/oncologia>



HALLAN DOS GENES MODIFICADORES DEL RIESGO DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO

Un estudio realizado por un consorcio de investigadores descubre dos nuevos genes modificadores del riesgo de padecer cáncer de mama y ovario si

se es portadora de las mutaciones en BRCA1 y BRCA2. ■

<http://oncologia.diariomedico.com/area-cientifica/especialidades/oncologia>



LOS FÁRMACOS PARA LA FERTILIDAD NO AUMENTAN EL RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

Las mujeres que no se habían quedado embarazadas después de tomar fármacos para la fertilidad no tuvieron un riesgo mayor que aquellas que nunca habían tomado medicación. ■

<http://oncologia.diariomedico.com/area-cientifica/especialidades/oncologia>



UN ESTUDIO REVELA QUE LA OBESIDAD FACILITA EL DESARROLLO DE CÁNCER DE COLON

Científicos del Instituto Nacional de Salud (EEUU) han descubierto que la obesidad provoca cambios en el colon que pueden desembocar en cáncer. ■

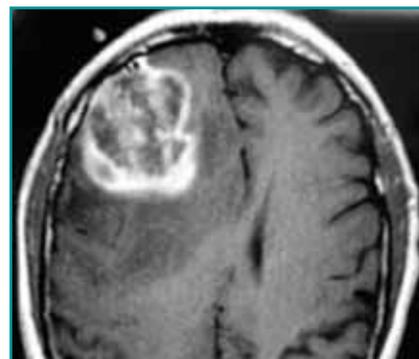
<http://oncologia.diariomedico.com/area-cientifica/especialidades/oncologia>



MUTACIONES EN "ACVR1" SE ASOCIAN CON GLIOMA PONTINO INTRÍNSECOS DIFUSOS

Los tumores cerebrales constituyen una de las primeras causas de mortalidad infantil por cáncer. La revista *Nature Genetics* publica cuatro estudios independientes que señalan unas mutaciones genéticas implicadas en ciertos gliomas, que podrían funcionar como dianas terapéuticas. ■

<http://oncologia.diariomedico.com/area-cientifica/especialidades/oncologia>



HALLAN FACTORES DE TRANSCRIPCIÓN QUE DIFERENCIA LAS CM DE GLIOBLASTOMAS

Científicos del Hospital General de Massachusetts (EEUU) han identificado cuatro factores de transcripción que pueden reprogramar las células tumorales diferenciadas y devolverlas a su estado de célula madre de glioblastoma. ■

CETUXIMAB - Anti EGFR / Erbitux®

Marta González Fernández-Conde
MAYO 2014

<p>PREPARACIÓN Envase 100 mg.-20 ml.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del vial: 5 mg./ml. • Dilución: puede infundirse sin diluir. Sólo admite la dilución en SF. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosis < de 250 mg.: en 250 ml. de SF. ○ Dosis > de 250 mg.: en 500 ml. de SF. • Concentración máxima de la dilución: 1/10 (1 ml. de Cetuximab en 10 ml. de SF) = 0.5 mg./ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el vial en nevera. • Estabilidad físico química del vial abierto: no estabilidad. • Estabilidad físico química de la dilución: 48 horas a temperatura < 25°C.
<p>INFUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión de primera dosis: en 2 horas. No superar la velocidad de infusión de 5 mg./min. • Infusión de siguientes dosis: en 1 hora. La velocidad de infusión no puede ser superior a 10 mg./min. • En combinación con el Irinotecan pasar primero Cetuximab, esperar 1 hora y después pasar el Irinotecan. • En combinación con platinos: infundir el Cetuximab y tras 1 hora perfundir los platinos. • En combinación con FOLFIRI (Irinotecan, 5-Fluorouracilo y Leucovorin): infundir el Cetuximab y tras 1 hora comenzar con el protocolo FOLFIRI. • En combinación con radioterapia: debe haber una hora de espera entre la administración de Cetuximab y la radioterapia. • Puede haber reacciones de hipersensibilidad sobretodo en la 1ª perfusión y hasta 1 hora después. Poner un antihistamínico antes de cada infusión.
<p>EFFECTOS 2^{OS}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones de hipersensibilidad sobre todo en la 1ª perfusión y hasta una hora tras su finalización. • Náuseas, vómitos, cefaleas, mareos, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. • Alteraciones cutáneas acnéicas en un 80%, picor, piel seca, descamación, crecimiento excesivo del vello, o alteraciones en las uñas. • Eritrodisestesia palmo plantar. • Alteraciones cardiovasculares. Infarto de miocardio. • Disnea. Hipomagnesemia. • Alteración de las pruebas hepáticas.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No agresivo. • Medidas generales.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer colorrectal metastásico con la mutación de K-Ras negativa. • Cáncer de células escamosas de cabeza y cuello.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones anafilácticas: pueden producirse desde los primeros minutos hasta una hora después. Algunas son debidas al síndrome de liberación de citoquinas, que suele darse durante la hora después de la perfusión y es más grave en la 1ª infusión. El riesgo de reacciones anafilácticas es mucho mayor en los pacientes con antecedentes de alergia a la carne roja, a las picaduras de garrapatas o con resultados positivos en las pruebas de detección de anticuerpos Ig E contra el Cetuximab. La actitud a tomar dependerá de su gravedad: a) Grado 1: continuar la perfusión lenta bajo estrecha supervisión. b) Grado 2: continuar la perfusión lenta y administrar inmediatamente tratamiento para los síntomas c) Grados 3 y 4: detener la perfusión inmediatamente, tratar enérgicamente los síntomas y contraindicar el uso de Cetuximab. • Reacciones cutáneas: son muy frecuentes (80%) y pueden provocar la interrupción o suspensión del tratamiento. Se manifiestan principalmente como erupción acneiforme y/o, con menor frecuencia, prurito, sequedad cutánea, descamación, hipertrichosis o trastornos ungueales (ej. paroniquia). Se puede pautar corticosteroides tópicos de media a alta potencia o tetraciclinas orales para el tratamiento de las reacciones cutáneas, estas últimas también de forma preventiva. Estudios recientes verifican que la aplicación de pomadas con Vit K (Pliazon®) obtiene unos excelentes resultados. • La eritrodisestesia palmo plantar, es más frecuente cuando se combina con fluoropirimidinas. • Se ha observado en ocasiones un crecimiento acelerado de las pestañas, mientras el cabello y la barba adquieren una apariencia más fina y tienen un crecimiento más lento. • Las alteraciones cardiovasculares son más frecuentes en combinación con radioterapia, platinos y fluoropirimidinas, sobre todo si el paciente refiere ya algún tipo de problema de esta índole. • Los pacientes que presenten signos y síntomas indicativos de queratitis, de forma aguda o empeoramiento de inflamación ocular, lagrimeo, sensibilidad a la luz, visión borrosa, dolor ocular y/o enrojecimiento ocular, se deben derivar inmediatamente a un especialista en oftalmología.
<p>BIBLIOGRAFÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cetuximab. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/0B3D91/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/F889D2/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocumentLink?docId=2227&contentSetId=31&title=CETUXIMAB&servicesTitle=CETUXIMAB. • Erbitux 5 mg./ml., ficha técnica. Laboratorio Merck KGaA. Fecha de revisión del texto: diciembre 2013. • Cetuximab. Disponible en: http://www.pdamecum.com/info/C/cetuximab/cetuximab-dosis.php. • Ocvirk J, Rebersek M. Management of cutaneous side effects of cetuximab therapy with vitamin K1 crème. Radio-logy and Oncology 2008. Volumen 42 (4).



CARBOPLATINO - CBDCA

Paraplatin[®], Carboplatino Accord[®], Pharmacia[®], Teva[®], SUN[®], Labesfal[®]

Marta González Fernández-Conde

MAYO 2014

PREPARACIÓN Envase 50 mg.-5 ml. Envase 150 mg.-15 ml. Envase 450 mg.-45 ml. Envase 600 mg.-60 ml.	<ul style="list-style-type: none">• Concentración del vial: 10 mg./ml.• Dilución recomendada: puede diluirse en SF y en SG 5%, pero es más estable en SG 5%.<ul style="list-style-type: none">○ Dosis < de 125 mg.: diluir en 100 ml. de SG 5% o SF.○ Dosis entre 125 - 500 mg.: diluir en 250 ml. de SG 5% o SF.○ Dosis > de 500 mg.: diluir en 500 ml. de SF o SG 5%.• No utilizar material que contenga aluminio.• Proteger de la luz.• Concentración máxima de la dilución: 2 mg./ ml. Concentración mínima 0.5 mg./ml.
CONSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Conservar el vial a temperatura no superior a 30°C y protegido de la luz.• Estabilidad físico química del envase abierto: No estable.• Estabilidad físico química de la dilución: Carboplatino Pharmacia[®], Labesfal[®], SUN[®], Paraplatin[®] son estables 8 horas a TA y 24 horas en nevera. Carboplatino Accord[®] es estable 24 horas a TA y 30 horas en nevera. Carboplatino Teva[®] 3 horas a TA y 24 horas en nevera según ficha técnica, pero el laboratorio Teva Pharmaceutical presenta un estudio de estabilidad en el que el Carboplatino, diluido a una concentración de 0.5 mg./ml., es estable 12 horas a TA y 36 horas en nevera.
INFUSIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Infusión: en 15 - 60 minutos.• En combinación con Paclitaxel: infundir 1º el Paclitaxel y luego el Carboplatino.• En combinación con Gemcitabina: infundir 1º la Gemcitabina y luego el Carboplatino.• En combinación con Etopósido: infundir 1º el Carboplatino y luego el Etopósido.• Puede provocar reacciones anafilácticas, sobre todo a partir del 7º ciclo. Tener preparados antihistamínicos y corticoides.
EFFECTOS 2ºS	<ul style="list-style-type: none">• Mielosupresión.• Reacciones de hipersensibilidad: pocos minutos después de la administración. También puede aparecer rash, urticaria, eritema y prurito. Son más frecuentes en exposiciones previas a platinos.• Vómitos, diarrea, estreñimiento y anorexia.• Nefrotoxicidad: reducción del aclaramiento de creatinina, creatinemia y urecemia.• Neuropatía periférica leve.• Ototoxicidad y alteraciones visuales.• Alteración de la función hepática.• Alopecia en algunas ocasiones.
EXTRAVASACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Irritante.• Medidas generales.• Algunas fuentes recomiendan: DMSO al 99%. Aplicación tópica cada 6 horas por 14 días. Secar al aire. Compresas frías 60 minutos cada 8 horas durante 3 días.
INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none">• Carcinoma ovárico avanzado de origen epitelial.• Carcinoma microcítico de pulmón.• Carcinoma epidermoide de cabeza y cuello avanzado.• Tratamiento neoadyuvante de carcinoma de vejiga invasivo.
CONSIDERACIONES ESPECIALES	<ul style="list-style-type: none">• En caso de reacción al Carboplatino, puede realizarse un protocolo de desensibilización: administrar 20 minutos antes ranitidina + antihistamínico. La 1ª vez debe infundirse en UCI. La dosis pautada debe dividirse entre 3 sueros de 250 ml. En el 1º se diluye un 1% de la dosis total y en el 2º un 10%. El suero 1º se comienza a infundir a 2 ml./h y cada 15 minutos se dobla el ritmo, hasta 1 hora. El 2º suero se empieza a 5 ml./h y se dobla la velocidad cada 15 minutos hasta 1 hora. Se calculan los mg. que ya se le han puesto en estas 2 horas y los restantes hasta la dosis total se diluyen en el suero 3º. Este último se comienza a 10 ml./h y se dobla la dosis cada 15 minutos un máximo de 4 veces, siendo esta la velocidad máxima de infusión. Existe un protocolo de desensibilización aún más largo.• Se producen náuseas en un 75-80% de los pacientes. Suelen aparecer trascurridas 6 y 12 horas de la administración y desaparecer en 24 horas. Se ha comprobado que el incremento del tiempo de infusión, junto con los antieméticos previos reducen la frecuencia y la intensidad de estos síntomas.• Tanto hombres como mujeres deben utilizar medidas anticonceptivas durante el tratamiento y hasta 6 meses después. Puede provocar infertilidad irreversible, por lo que se recomienda la conservación del esperma.• Puede producir una disminución de la agudeza auditiva de alta frecuencia. También puede producir acúfenos, en pacientes tratados previamente con Cisplatino y que han sufrido pérdida auditiva relacionada con el tratamiento.• Puede reaccionar con el aluminio formando un precipitado negro que reduce la actividad antineoplásica. No usar agujas, catéteres ni equipos que contengan piezas de aluminio.
BIBLIOGRAFÍA	<ul style="list-style-type: none">• Carboplatino 10 mg./ml., ficha técnica. Laboratorio Accord. Fecha revisión del texto: marzo 2012.• Carboplatino 10 mg./ml., ficha técnica. Laboratorios Labesfal. Fecha de revisión del texto: julio 2007.• Carboplatino 10 mg./ml., fichas técnica. Laboratorio Teva Genéricos Española. Fecha de revisión del texto: julio 2009.• Carboplatino 10 mg./ml., ficha técnica. Laboratorio SUN. Fecha revisión del texto: octubre 2011.• Paraplatin, ficha técnica. Laboratorio Bristol-Myers Squibb. Fecha revisión del texto: julio 2012.• Carboplatino 10 mg./ml., fichas técnica. Laboratorios Pharmacia Grupo Pfizer.• Teva Pharmaceutical Industries. Compatibility Test Report, Study No 96/122, December 1996.• Carboplatin: Disponible en : https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760.• Carboplatin: Disponible en : http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/E4FEED/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/DAC246/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocumentLink?docId=0980&contentSetId=31&title=CARBOPLATIN&servicesTitle=CARBOPLATIN.• Carboplatino. Disponible en : http://www.pdamecum.com/info/C/carboplatino/carbopla-extr.php.• Laboratorio Ferrer. Medidas de actuación ante extravasación de citostático. Póster de extravasaciones. 2009.• Rihuete M. Extravasación de citostáticos. En Manual de Urgencias Oncológicas. Rodríguez C., Cruz J. J., Ruiz M.I. 2011; pag 199-202.



Noticias de Europa

M^a Dolores Fernández



Uno de los cuatro artículos de portada de *Cancer Nursing* nos habla de la comparación de grupos con diferentes patrones de cambio en la intensidad de los síntomas en la trayectoria del tratamiento del cáncer de mama. Se estudiaron 160 pacientes con un grupo de 5 síntomas que eran la depresión, la fatiga, el insomnio, la alteración cognitiva y el dolor cuyos resultados sugieren la necesidad de evaluar las intervenciones para subgrupos específicos y examinar los mecanismos causales subyacentes de un grupo de síntomas psiconeurológicos. Otro nos habla de la importancia del autocontrol de la diabetes como un elemento esencial en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia ya que está demostrado que tienen una tasa de mortalidad más elevada y son más propensos a desarrollar infecciones y se plantea la hipótesis de que la hiperglucemia puede ser uno de los factores que aumentan ese riesgo. Otro es un estudio sobre la baja adherencia al cribado colorrectal en estadounidenses de origen chino a pesar de que es una de las principales causas de muerte entre ellos. Por último un artículo sobre la comunicación enfermera-paciente en las consultas de seguimiento en cáncer de cabeza y cuello que concluye que requiere mayor investigación

sobre todo en la parte de la interacción emocional y en las necesidades y el rol de los familiares de los pacientes en las consultas de seguimiento. ■



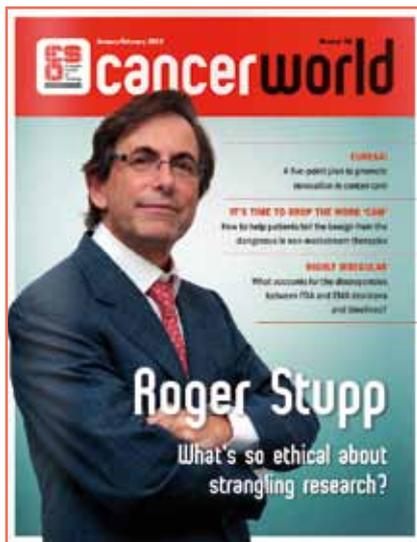
El artículo on line de *Oncology Nursing Society* nos habla de las cuestiones emergentes sobre el impacto del tabaquismo en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de pulmón y sus familiares. Existe evidencia convincente de que seguir fumando después del diagnóstico de cáncer de pulmón afecta negativamente a la efectividad del tratamiento, la supervivencia, el riesgo de recurrencia, una segunda neoplasia maligna, y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La importancia de la CVRS de los pacientes con cáncer y sus familias ha sido bien documentada. Debido a la creciente evidencia de los beneficios de dejar de fumar, se ha centrado más investigación en el impacto del tabaquismo sobre la CVRS. El tabaquismo es un comportamiento en agrupaciones familiares; los pacientes que fuman suelen tener miembros de la familia que fuman, y juntos experimentan deterioro de la CVRS. En este artículo se describe la evidencia con respecto a la medición de CVRS en personas con diagnóstico de cáncer de pulmón y sus familiares que fuman y explora las implicaciones para la práctica de enfermería. Las enfermeras de oncología están en una posición crítica para abogar por la

integración de la evaluación de la CVRS en el ámbito clínico, controlar el tabaquismo del paciente y los miembros de la familia así como de la exposición al tabaco del medio ambiente, y apoyar el desarrollo de intervenciones para dejar de fumar para mejorar la CVRS. ■



Uno de los artículos de *European Journal of Oncology Nursing* está dedicado a las nuevas directrices para el dolor irruptivo oncológico que ha sacado la EONS, cuyo objetivo es actualizar las mejores prácticas actuales en base a la literatura publicada previamente para permitir a las enfermeras para evaluar y tratar el dolor irruptivo y proporcionar un manejo óptimo del mismo. El proyecto comenzó en el 2010 y presenta como principales recomendaciones un algoritmo para su evaluación, individualizar las intervenciones de tratamiento, la optimización de la analgesia y la reevaluación de los resultados de las intervenciones. Otro de los artículos nos habla de la intensidad de la actividad física y la percepción del estado de salud de los pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia adyuvante en Japón cuyos resultados fueron que estas pacientes tenían una extremadamente baja actividad física y que enfermería debería proporcionar apoyo e información para resolver la angustia física y psicológica. Por última destacar otro sobre el trasplante de progenitores hematopo-

yéticos en adolescentes y la adherencia a los regímenes de medicamentos orales en pacientes ambulatorios ya que una falta de ella puede comprometer la efectividad del tratamiento y aumentar el riesgo de resultados médicos adversos, concluyendo que en general, las tasas de adherencia son similares a las observadas en otras poblaciones pediátricas y que demuestran la importancia de evaluar sistemáticamente la adherencia en los adolescentes que han sido sometidos a TCMH.



La portada de *Cancer World* está dedicada a Jean-Charles Soria, nuevo redactor jefe de una de las más prestigiosas revistas sobre cáncer como es *Annals of Oncology* y oncólogo en el Centro Oncológico Gustave Roussy en París así como director del Departamento de desarrollo de medicamentos y que nos habla de ir más allá de la ciencia. Los ensayos de fase I ahora juegan un papel esencial en el tratamiento de pacientes con cáncer metastásico, ofreciendo vitales “movimientos extra” en la batalla para superar a la enfermedad, dice Jean-Charles Soria. Advierte, sin embargo, que no todos los pacientes quieren jugar cada movimiento, “a cualquier precio”. *“No estoy pidiendo a los oncólogos ser una especie de Robocop, eficiente pero empático, formado en la bioinformática y la biología molecular, amable con todos. Hay muy pocas de esas personas y es imposible hacerlo*

todo. Lo que digo es que tenemos que hacer frente al reto de cómo, como comunidad, podemos empujar al mismo tiempo las fronteras de mejores enfoques biotecnológicos, mejores métodos informáticos, mejores enfoques de desarrollo de fármacos, una mejor evaluación de la toxicidad, mientras mantenemos el seguimiento del paciente como el centro de todo, que tiene su propia, y posiblemente trágica, historia”. La implementación de metodologías para la comunicación de malas noticias, como el protocolo de seis pasos americano SPIKES, es sólo una parte de la solución. Los oncólogos necesitan capacitarse para que reconozcan que la comunicación abierta con los pacientes es al menos un tercio de su trabajo, y que no participen del “pensamiento mágico” de que si se habla del final, vas a precipitar el final.

Otro artículo no habla sobre la definición de las prioridades para la enfermedad avanzada por los propios pacientes. La 2ª Conferencia de Consenso en cáncer de mama avanzado da el protagonismo a un grupo de pacientes que sienten que han sido marginados y sus necesidades ignoradas durante demasiado tiempo. ABC2 acordó que, cuando la enfermedad está muy avanzada (inoperable) en la mama y en los ganglios linfáticos regionales, pero sin embargo no hay metástasis a distancia, todos los pacientes deben ser discutidos en un equipo multidisciplinar antes de cualquier tratamiento; la quimioterapia debe ser el primer tratamiento, no la cirugía; la mayoría de los pacientes se vuelven operables, ya sea con mastectomía o, en casos seleccionados, cirugía conservadora de mama; y todos los pacientes necesitan la radioterapia. ABC2 también hizo recomendaciones sobre los tratamientos para otras situaciones metastásicas, tales como hígado, pleura y piel, el manejo del cáncer metastásico en los hombres, la relacionada con mutaciones BRCA y la necesidad urgente de que enfermeras oncológicas especializadas en mama así como otros profesionales de la salud capacitados y especializados. A destacar otro sobre la trombosis y cáncer, ya que la trombosis es la segunda

causa prevenible más común de muerte en pacientes con cáncer, por lo que los oncólogos necesitan saber cómo identificar quién está en riesgo y estrategias de prevención y tratamiento. Este resumen presenta la evidencia y eleva la alerta sobre el uso de anticoagulantes orales en el entorno del cáncer.

Por último destacar otro hecho por una periodista española Ainhoa Iriberry, que fue finalista del premio al mejor reportaje sobre cáncer en el 2013 y publicado por primera vez en la revista SALUD en Febrero del año pasado. Su artículo nos habla de las mujeres embarazadas que tienen que hacer frente al cáncer de mama y de mejorar el impacto de los tratamientos sobre sus hijos de forma que tengas más opciones, basándose en la experiencia de Adriana Juez desde el diagnóstico en 2011. Habla de la rareza de los casos, de la dificultad del diagnóstico debido a los cambios del embarazo, de la posibilidad de tratamiento con quimioterapia e incluso cirugía, aunque no se recomienda radioterapia, en definitiva de que se puede tratar. ■



La EONS cumple este año 30 años y se están llevando a cabo varios eventos para festejarlo como el encuentro que ha tenido lugar en Londres para reflexionar sobre estas décadas y pensar en el futuro. También se abre la convocatoria para la beca de viaje clínica para las enfermeras que quieran obtener una experiencia clínica visitando otro centro oncológico con dos becas de 2500€ y que finaliza el 16 de junio. También se ha publicado un artículo de investigación llevado a cabo en conjunto por la EONS y la Sociedad Europea de Oncología Pediátrica, en el *European Journal of Oncology Nursing* acerca del trabajo multidisciplinar entre oncólogos y enfermeras en la atención al paciente oncológico pediátrico y en el que participaron 15 equipos de 13



Carmen Vena

Nuestra sección de libros



CÁNCER COLORRECTAL

Carlos Vaccaro

Editorial: Del Hospital Ediciones

Año de publicación: 2013

Páginas: 464

ISBN: 978971639151

El cáncer colorrectal es una enfermedad prevalente que congrega el interés de diversos especialistas. Después de muchos años de controversia, se comprobó la eficacia del rastreo (screening) para la detección precoz de la enfermedad. Por otra parte, los adelantos en el manejo perioperatorio, así como el mejor entrenamiento de los cirujanos y el desarrollo de nuevas tecnologías, han logrado disminuir la morbimortalidad postoperatoria y mejorar la calidad de vida. Asimismo, el desarrollo de nuevas drogas y formas de radioterapia ha determinado un aumento de los pacientes y desafía permanentemente los consensos de tratamiento.

El objetivo de este libro es presentar un conocimiento práctico para todos los profesionales que tratan a pacientes con cáncer colorrectal (cirujanos, oncólogos, gastroenterólogos y médicos de atención primaria). Para ello, los autores han intentado simplificar lo complejo de sus respectivas especialidades, sin perder oportunidad para presentar una refinada revisión de cada tema, expresando también su postura, fundamentada en una destacada trayectoria en su campo.



CARCINOMA DE PULMÓN EN NO FUMADORES

Enric Carcereny

Editorial: Marge Books

Año de publicación: 2013

Páginas: 200

ISBN: 9788415340706

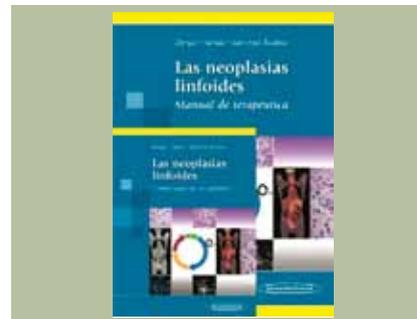
El cáncer de pulmón es una enfermedad con muy mal pronóstico que en todo el mundo produce más de un millón de muertes al año, por delante del cáncer de mama, el de colon y el de próstata juntos.

Está relacionado con el hábito de fumar, pero también puede aparecer en personas sin contacto con los tóxicos del tabaco, y es precisamente en esta subpoblación de pacientes no fumadores en la que se ha observado el mayor avance en los conocimientos de cáncer de pulmón.

El descubrimiento de las mutaciones de EGFR y su tratamiento específico con inhibidores de la tirosina cinasa (erlotinib y gefitinib) han abierto un camino en la terapéutica del cáncer de pulmón y del cáncer en general que ofrece un importante beneficio para los pacientes, y una manera distinta de entender la enfermedad a los profesionales sanitarios.

Posteriormente, con el descubrimiento de las translocaciones de ALK y su tratamiento, y de otras alteraciones moleculares, se han ampliado los conocimientos sobre el cáncer de pulmón y se ha roto el paradigma de considerarlo como una única enfermedad.

FALTA TEXTO



LAS NEOPLASIAS LINFOIDES

J. Sánchez Ávalos, N. Tartas y M. Zerga

Editorial: Panamericana

Año de publicación: 2013

Páginas: 240

ISBN: 9788498357523

Entre sus características destacadas se encuentran:

- Agrupación de temas en cinco secciones generales: 1. Aspectos diagnósticos de las neoplasias linfoides, 2. Generalidades terapéuticas, 3. Tratamiento oncohematológico de los diferentes trastornos, 4. Tratamiento de sostén y 5. Complicaciones y urgencias.

- Descripción de los esquemas de quimioterapia corrientes y de reciente aparición para el tratamiento de las distintas enfermedades oncohematológicas, con el detalle de las dosis y las indicaciones.

- Apéndices finales con cuadros de efectos tóxicos sobre los diversos sistemas y aparatos del cuerpo humano, y recomendaciones para el seguimiento de los síndromes linfoproliferativos y la evaluación de recidivas.

- Láminas en color para la adecuada visualización de preparados histopatológicos y de inmunohistoquímica, técnicas de caracterización cromosómica, tomografías por emisión de positrones, entre otros.

- Tratamiento didáctico de los contenidos, con textos destacados que focalizan los puntos más relevantes, conclusiones y referencias bibliográficas. **FALTA TEXTO**



Congresos y Jornadas

Ana Mateo

XIV Jornada Desigualdades Sociales y Salud



Fecha: **24 de mayo**
Lugar: **Cádiz**

XXX Congreso Nacional Sociedad Española de Fertilidad – V Congreso Nacional de Enfermería de la Reproducción



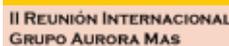
Fecha: **29 al 31 de mayo**
Lugar: **Barcelona**

X Congreso Nacional de Anestesia Pediátrica



Fecha: **29 al 31 de mayo**
Lugar: **San Sebastián**

II Reunión Internacional grupo de Investigación Aurora Mas - FORANDALUS 2014 - VII Reunión Internacional de Investigación en Enfermería



Fecha: **30 al 31 de mayo**
Lugar: **Zaragoza**

XXVI Congreso Nacional de Enfermería Vascul y Heridas



Fecha: **5 y 6 de junio**
Lugar: **Madrid**

I Certamen Nacional de Investigación para Especialistas en Enfermería



Fecha: **10 y 11 de junio**
Lugar: **Burgos**

XI Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, SEEIUC



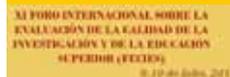
Fecha: **15 al 18 de junio**
Lugar: **Madrid**

IX Congreso Nacional de Enfermería de la Defensa



Fecha: **16 al 18 de junio**
Lugar: **Madrid**

XI Foro Internacional sobre la Evaluación de la Calidad de la Investigación y de la Educación Superior



Fecha: **8 al 11 de julio**
Lugar: **Bilbao**

III Congreso Ibero-Americano de Investigación Cualitativa



Fecha: **14 al 16 de julio**
Lugar: **Badajoz**

Convocatoria de Proyectos Singulares AECC 2014



Plazo de presentación: **6 de junio**

Premios Enfermería en Desarrollo



Plazo de presentación: **31 de julio**

Premios Metas de Enfermería 2014



Plazo de presentación: **10 de septiembre**

VI Premio “Elena Escanero Gela” de Investigación de Cuidados de Salud



Plazo de presentación: **15 de septiembre**



*A la
vanguardia*



IRRADIACIÓN PARCIAL ACELERADA EN CÁNCER DE MAMA (APBI)

Paz Zabaleta Basurto

En el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en las mujeres, representa el 30% de todos los cánceres y es la principal causa de muerte entre mujeres de 35 a 54 años.

La radioterapia como parte del tratamiento del cáncer de mama ha evolucionado mucho en estas últimas décadas.

Estudios aleatorizados han demostrado que la cirugía conservadora y la radioterapia son tan efectivas como la mastectomía en el tratamiento del cáncer de mama en estadios iniciales tanto para el control local como en la supervivencia global.

La irradiación de todo el volumen mamario, con el esquema clásico de fracciones de 1,8-2 Gy/día, 5 veces por semana hasta una dosis total de 50-70 Gy, es decir 5-7 semanas de tratamiento, consigue buenos resultados en cuanto al control de la enfermedad, cosmética y toxicidad. Los resultados de numerosos ensayos clínicos sugieren que el riesgo de recurrencia local se produce casi exclusivamente en las inmediaciones del lecho tumoral. Esto ha llevado a los investigadores a buscar un tipo de radiación más acelerada de la mama y más dirigida sobre el lecho tumoral o cuadrante afecto. La irradiación parcial acelerada de la mama (APBI) pasa de tratar

todo el volumen mamario a irradiar únicamente el cuadrante afecto o el lecho tumoral.

La irradiación parcial acelerada de mama puede llevarse a cabo mediante distintas técnicas que administran dosis de radiación más altas sobre la cavidad quirúrgica con un margen de seguridad, en un tiempo más reducido que la irradiación de toda la mama. Esta irradiación de una parte del volumen mamario se puede realizar en una única sesión intraoperatoria o en varias sesiones en la que se administran dosis entre 30-40 Gy en 8-10 sesiones en 5 días, consecutivos, 2 sesiones diarias /6 h.



Braquiterapia intersticial multicatéter.



Braquiterapia intracavitaria mediante balón.

Se define un target (PTV) que incluye el lecho quirúrgico con un margen de 1-2 cm.

La irradiación parcial acelerada es un tratamiento que se está empleando en pacientes muy seleccionadas desde hace más de una década (tabla 1).

Debido a la sencillez del concepto de irradiar una pequeña región de tejido mamario alrededor de la cavidad de lumpectomía, y a la gran cantidad de pacientes que pueden resultar buenas candidatas para dicho tratamiento.

No existe una técnica ideal para APBI, y cada técnica tiene sus limitaciones y ventajas. Los tipos de aplicadores para la APBI se pueden clasificar en cuatro subgrupos: braquiterapia intersticial multicatéter, braquiterapia intracavitaria mediante balón, radioterapia intraoperatoria, radioterapia externa conformada tridimensional.

APBI - Braquiterapia Instersticial Multicatéter

Consiste en realizar un implante mediante la colocación de vectores plásticos o rígidos de modo que engloben

el área del tumor con un margen de 1-3 cm. tras el informe completo de Anatomía Patológica.

Previo a la realización del implante se realiza una simulación con TC (cortes de 2 mm.) para prever la geometría y la colocación teórica de los vectores.

La colocación de los catéteres se debe realizar en quirófano, bajo condiciones de asepsia. Con ayuda de un ecógrafo se localiza el lecho quirúrgico, se determina el volumen de tratamiento y se planifica el número de planos y vectores y los puntos de entrada y salida de los mismos. Los vectores se insertan en la mama con la ayuda de soportes diseñados para mantener el paralelismo entre los mismos, separados aproximadamente 1-1,6 cm. y guardando una determinada geometría (generalmente triángulos). Para mantener el paralelismo de los vectores se utilizan unas plantillas de plástico rígido con unos orificios predeterminados que se sujetan entre sí con un puente. Una vez colocadas las agujas rígidas se sustituyen por catéteres plásticos flexibles, que se cortan cerca de la superficie de la piel y se sujetan con botones plásticos.

Una vez finalizado el implante, se efectúa otra TC para planificar el tratamiento, se contornea el lecho quirúrgico, con el margen de seguridad, y también los órganos de riesgo piel, musculo pectoral y costillas.

Una vez realizada la planificación, se administra el tratamiento, la dosis que recomiendan diferentes autores depende de la tasa de dosis utilizada: las dosis con baja tasas y pulsadas oscilan 45 y 50 Gy; con alta tasa de dosis 34 Gy en, 2 sesiones al día de 3,4 Gy/sesión, separadas con un intervalo de tiempo mínimo de 6 horas, durante 5 días, hasta un total de 10 sesiones.

El tratamiento se realiza de forma ambulatoria.

Tras administración de la última sesión, se retira el implante sin anestesia.

APBI - Braquiterapia Intracavitaria - MammoSite

Consiste en colocar un aplicador en la cavidad de la resección tumoral que consta de un globo de silicona que se rellena con suero salino y contraste,

	FACTOR	ASTRO	GEC-ESTRO
FACTORES DEL PACIENTE	Edad	≥ 60 años	≥ 50 años
	Mutación BRACA1/2	No presente	-----
FACTORES PATOLÓGICOS	Tamaño tumoral	≥ 2 cm.	< 3 cm.
	Estadio T	T1	pT1-2
	Márgenes	Negativos al menos 2 mm.	Negativos ≥ 2 mm.
	Grado	Cualquiera	Cualquiera
	Invasión del espacio linfovascular	No	No se permite
	Receptores estrógenicos	Positivos	Cualquiera
	Multicentricidad	Solo unicéntrico	Unicéntrico
	Multifocalidad	Clinicamente unifocal con tamaño total ≥ 2cm.	Unifocal
	Histología	Ductal infiltrate o otros subtipos favorables	Ductal infiltrante, mucinoso, tubular, medular y coloide
	Carcinoma ductal in situ puro	No se permite	No se permite
	CIE + componente intraductal extenso	No se permite	No se permite
	Carcinoma lobulillar infiltrante	-----	No se permite
	Carcinoma lobulillar in situ asociado	Permitido	
FACTORES GANGLIONARES	Estadio N	pM0	pN0
	Cirugía ganglionar	Biopsia del ganglio centinela o disección axilar	Biopsia del ganglio centinela o disección axilar
FACTORES DE TRATAMIENTO	Tratamiento neoadyuvante	No se permite	No se permite

ASTRO: American Society for Radiación Oncology - GEC-ESTRO: Grupu Européen de Curiethérapie- European Society for Therapeutic Radiology and Oncology

Tabla 1. Criterios de la ASTRO y de GEC-ESTRO para indicar la irradiación parcial acelerada de la mama en pacientes de bajo riesgo fuera de ensayos clínicos.

adoptando una forma esférica o elipsooidal en función del aplicador que mejor se adapte a la cavidad de la tumorectomía. Existen 3 modelos: esférico de 4-5 cm. de diámetro, de 5-6 cm. y helicoidal de 6 x 4 cm. Dentro del globo se encuentra un catéter de silicona en cuyo interior se introduce la fuente radiactiva. El aplicador finaliza en dos tubos obturados uno con un tapón rojo (el que conecta con el equipo de alta tasa de dosis) y otro de color azul (por el que se introduce el suero salino).

El aplicador se puede colocar en el mismo acto quirúrgico (técnica de cavidad abierta) se evita un nuevo procedimiento invasivo, con el inconveniente de que en ese momento no se dispone del informe completo de Anatomía Patológica, sobre todo, en relación, al estado de los márgenes quirúrgicos o de forma

diferida a las 4-6 semanas de la intervención con anestesia local y control ecográfico.

El globo debe estar en contacto con toda la superficie interior de la cavidad quirúrgica, con una distancia mínima del aplicador a la piel de 7-8 mm. para evitar necrosis cutánea y 5 mm. a la pared torácica.

Planificación, se realiza un TAC para la localización del globo y la realización de la dosimetría. Se realizan cortes cada 2 mm. con fuente de simulación introducida dentro del globo.

Se administra una dosis total de 34 Gy calculado a la curva de isodosis del 100% a 1 cm. de la superficie del globo. El tratamiento se administra mediante 2 sesiones al día de 3,4 Gy/sesión, sepa-

radas con un intervalo de tiempo mínimo de 6 horas, durante 5 días, hasta un total de 10 sesiones.

Antes de cada aplicación, se comprueba mediante control ecográfico que el globo mantiene el volumen inicial. El aplicador se conecta mediante un conector a un equipo remoto de braquiterapia de alta tasa de Ir-192.

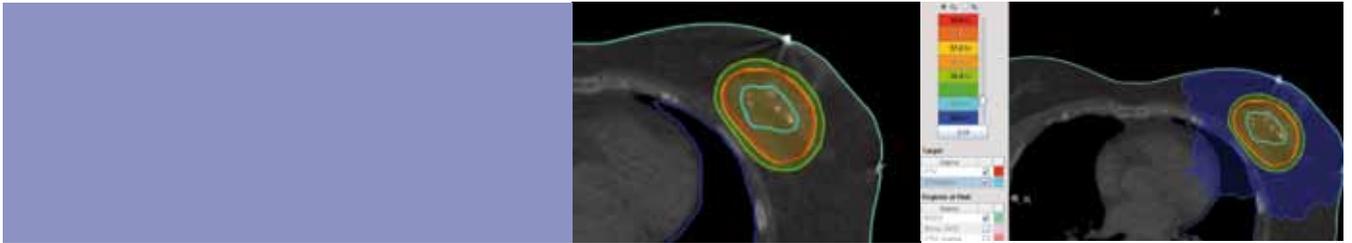
Una vez finalizado el tratamiento, se desinfla el catéter, comprobando que se retira toda la cantidad de líquido introducido en el globo y sin necesidad de anestesia, mediante una ligera tracción, se retira el aplicador.

APBI - Radioterapia Intraoperatoria (RIO)

El tratamiento de radioterapia intraoperatoria es una técnica que permite diri-



Radioterapia intraoperatoria RIO.



Radioterapia externa conformada tridimensionalmente.

gir una dosis única de alta intensidad al lecho tumoral durante la cirugía, inmediatamente después de la extirpación del tumor, protegiendo de la radiación los órganos o tejidos que se encuentran alrededor, y no están afectados por el tumor.

La irradiación se realiza con una energía de electrones procedente de un acelerador lineal (Mobetron, Novac-7) o mediante rayos X de 50Kv (Intrbeam) para administrar una dosis de 20 Gy prescribiéndose la dosis a 1 mm. de la superficie del aplicador.

Las ventajas a de la RIO son la delimitación más precisa sobre la base del lecho de tumorectomía, y el hecho de que cuando la paciente sale del quirófano ya han finalizado todos los tratamientos locales.

Las limitaciones es la imposibilidad de conocer el status de los márgenes y las

características histopatológicas hasta unos días después de haberse llevado a cabo el procedimiento radioterápico.

APBI-Radioterapia externa tridimensional

Las principales ventajas de la APBI mediante radioterapia externa con técnicas de alta precisión y alto gradiente, es que se puede conseguir una mayor homogeneidad en la distribución de dosis, y permite administrar el tratamiento tras el informe completo de Anatomía Patológica.

La principal desventaja es que al ser la mama un órgano móvil, para asegurar una correcta inclusión del lecho quirúrgico en el volumen de tratamiento se va a delimitar un volumen mayor de tejido sano si se compara con la braquiterapia o la RIO.

Se realiza TC para planificación de tratamiento 3D.

El volumen de tratamiento se define como el lecho quirúrgico con margen de 2-2,5 cm. y se delimitan los órganos de riesgo: resto de la mama, mama contralateral, corazón, pulmones y piel.

Hay que realizar un control de calidad, antes de cada fracción para asegurar que en cada fracción de tratamiento el lecho tumoral está incluido en el volumen de irradiación, actualmente las unidades de tratamiento pueden realizar radiografías y TC antes de cada fracción.

El esquema de tratamiento es el mismo que el utilizado en braquiterapia 2 fracciones diarias de 3,4-3,85 Gy durante 5 días. ➔

BIBLIOGRAFÍA

1. Clemente M. F., García J., Murillo M. T., García M. J., Díaz R., Martínez L. C., Ferrando A., Cabello E., Castro J. Irradiación parcial acelerada de la mama con el aplicador de braquiterapia MammoSite. Primera experiencia en España. Rev Fis Med 2009; 133-137.
2. Samper P., Murillo M. T., Díaz Raul, Guinot J. L. Consenso grupo de Braquiterapia de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica sobre Braquiterapia en el cáncer de mama. Marzo 2010.
3. Tartajada M. I., Guinot J. L., Pera J., Polo A., Guedea F., Murillo M. T., Lanzós E., Cáncer de mama irradiación parcial. 277-291. Guía de braquiterapia, SEOR 2008.
4. Gómez-Iturriaga A., Moreno M., Martínez-Monge R.. Tratamiento radioterápico del cáncer mama: estándares y nuevas tendencias. Irradiación parcial acelerada de la mama. Rev Med Univ Navarra/Vol 52 N° 1-2008 25-36.



¿Sabías que...?

Ana María Palacios



MUCHAS MUJERES SIGUEN SUFRIENDO DOLOR UN AÑO TRAS LA CIRUGÍA PARA EL CÁNCER DE MAMA

MedlinePlus

Un año tras la cirugía para el cáncer de mama, muchas mujeres siguen experimentando dolor, según un estudio reciente.

Los investigadores revelaron que los factores asociados con el dolor de las mujeres incluían el dolor crónico y la depresión antes de la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia.

"El dolor persistente tras los tratamientos para el cáncer de mama sigue siendo un problema clínico significativo a pesar de unas mejores estrategias de tratamiento", escribieron el Dr. Tuomo Meretoja, del Hospital Central de la Universidad de Helsinki, y sus colaboradores.

"Se necesitan datos sobre los factores asociados con el dolor persistente para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento, y para mejorar la calidad de vida de las pacientes de cáncer de mama", añadieron los autores del estudio.

En la investigación, que aparece en la edición del 1 de enero de la revista *Journal of the American Medical Association*, participaron 860 mujeres menores de 75 años que se habían sometido a una cirugía para un cáncer de mama que no se había propagado a otras partes del cuerpo.

Las mujeres fueron tratadas en el Hospital Central de la Universidad de Helsinki entre 2006 y 2010. De esas mujeres, la

mayoría experimentaron cierto grado de dolor hasta un año tras la operación, anotaron los autores en un comunicado de prensa de la universidad.

Los investigadores pidieron a las mujeres que completaran un cuestionario 12 meses tras la cirugía para determinar si seguían experimentando dolor tras el tratamiento. Si respondían afirmativamente, se pedía a las mujeres que calificaran la gravedad del dolor.

El estudio reveló que después de un año de la cirugía, alrededor de un tercio de las mujeres no reportaban dolor. Sin embargo, los investigadores hallaron que casi el 50 por ciento sí experimentaban un dolor leve, el 12 por ciento tenían un dolor moderado, y casi el 4 por ciento sufrían de un dolor severo.

"Estos hallazgos podrían resultar útiles para desarrollar estrategias para la prevención del dolor persistente tras el tratamiento para el cáncer de mama. Se necesita una herramienta de evaluación del riesgo para identificar a las pacientes que se beneficiarían de intervenciones preventivas", concluyeron Meretoja y sus colaboradores. ■



MEJORES RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER SI EL PACIENTE CUENTA CON UNA BUENA FLORA INTESTINAL

www.diariosalud.net

Todos los organismos vivos están habitados por una comunidad compleja de microorganismos beneficiosos que son

esenciales para su desarrollo, su buena salud y sus interacciones con el ambiente. A menudo estos microorganismos protegen contra microbios perjudiciales a los seres en cuyo interior habitan.

Otros microorganismos son esenciales para los organismos en que viven porque les ayudan a digerir algunos de sus alimentos o les proporcionan estos directamente. A cambio, el organismo anfitrión ofrece a su comunidad bacteriana un lugar estable y seguro para vivir. Estas asociaciones mutuamente beneficiosas se denominan simbiosis.

Ahora, una investigación realizada por el equipo de Romina Goldszmid y Giorgio Trinchieri, del Instituto Nacional del Cáncer, uno de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, revela que la comunidad beneficiosa de microorganismos que normalmente vive en el intestino, la conocida como flora intestinal, o microflora intestinal, es además necesaria para que la persona, si enferma de cáncer, obtenga de su cuerpo la mejor reacción posible a terapias comunes para tratarle su tumor.

En el estudio, que se hizo sobre ratones, los científicos constataron que la inmunoterapia anticáncer, que en condiciones normales ralentiza el crecimiento de los tumores cancerosos y prolonga la supervivencia del individuo enfermo, daba resultados claramente peores en ratones sin gérmenes (ratones desprovistos por completo de esos microorganismos), o en ratones que sí los tenían inicialmente pero que fueron tratados de manera muy rigurosa con antibióticos para eliminar todas las bacterias de sus intestinos. El mismo empeoramiento de resultados se observó en fármacos fundamentales para la quimioterapia, tales como el oxaliplatino y el cisplatino, aplicados a ratones de esos grupos.

Los resultados de esta investigación, aunque se haya hecho en ratones, probablemente sean una señal de aviso de que no hay que pasar por alto la ayuda potencial que pueden ofrecerle a un enfermo humano de cáncer esos microorganismos beneficiosos que moran en su interior. ■



LA PREVALENCIA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN MUJERES AUMENTA EN ESPAÑA UN 2% CADA AÑO

www.informativostelecinco.com

El cáncer de pulmón es ya la primera causa de muerte por cáncer y en los últimos años se está produciendo un "preocupante" aumento de casos en mujeres, a un ritmo de un 2 por ciento anual, lo que hace que sea un problema sanitario de gran magnitud.

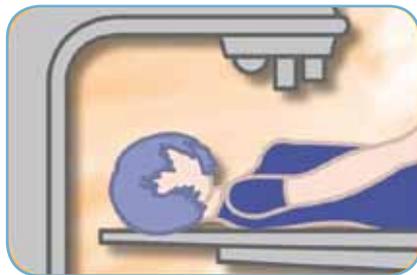
Así lo ha asegurado la presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Pilar Garrido, con motivo del encuentro 'Innovación incremental en cáncer de pulmón' organizado por Lilly con motivo del Día Mundial del Cáncer de Pulmón.

Este incremento del cáncer de pulmón en mujeres está directamente asociado al consumo de tabaco. De hecho, ha explicado esta experta, "en algunos países hay incluso más casos de cáncer de pulmón en mujeres que de mama, y España seguirá ese camino".

Pese a esta incidencia, Garrido ha reconocido los importantes avances realizados en la última década que han permitido identificar los tipos y subtipos de tumores en cáncer de pulmón, "lo que da pie a ofrecer un tratamiento individualizado en función del apellido del tumor". "Se han obtenido resultados espectaculares que pueden llegar a conseguir una supervivencia global de hasta 3,5 años", según ha aseverado la presidenta de SEOM.

Por su parte, Diego Villalón, director del Área Psicosocial del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) ha defendido el acceso a los tratamientos innovadores sin recortes pero ha pedido que la investigación también tenga en cuenta a los pacientes. "Necesitamos fármacos que curen pero también que conserven la calidad de vida del paciente", ha reclamado.

Por su parte, el presidente de la Asociación Española de Afectados por Cáncer de Pulmón (AEACaP), Joan Martínez, ha afirmado que los pacientes no van a "permitir" que se hagan "recortes en cáncer de pulmón" porque, según ha dicho, "la investigación es vida para los pacientes". En este punto, ha reclamado más investigación y compromiso por parte de las instituciones y ha denunciado que "todavía hay gente que piensa que el paciente es directamente responsable de su enfermedad". ■



UNA NUEVA TÉCNICA REDUCE DE 6 SEMANAS A 5 DÍAS LA RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA INICIAL

Europa Press

Un equipo del Hospital del Mar de Barcelona ha demostrado la eficacia de reducir el tiempo de tratamiento con radioterapia de seis semanas a cinco días en el caso de los tumores de mama iniciales, tras analizar los resultados cinco años después de un centenar de mujeres operadas.

El trabajo, que se publica en la revista 'International Journal of Radiation Oncology', compara el estado de las mujeres con cáncer de mama no avanzado que se sometieron a una cirugía conservadora y un tratamiento de radioterapia concentrado, con aquellas que siguieron un tratamiento en toda la mama.

"Las dos técnicas producen resultados similares en supervivencia, recidivas y resultados estéticos" a pesar de su duración, mientras que la irradiación acelerada parcial conlleva menos efectos secundarios agudos, ha señalado en un comunicado el jefe del servicio de Oncología Radioterápica del Hospital del Mar y de la Esperanza, Manel Algara.

Adicionalmente, la dosis de radiación en los tejidos sanos es menor y por ello se observa una menor pérdida de elasticidad en los tejidos irradiados, ha añadido Algara.

La irradiación clásica de la mama, en aquellos casos en los que el cáncer es descubierto en sus estados iniciales -principalmente gracias a los programas de cribado-, supone que la mujer acuda al hospital todos los días durante un mes y medio, para recibir sesiones de unos diez minutos.

En caso de la radioterapia parcial acelerada, todas las dosis de la irradiación se pueden administrar solo en una semana, ya que se aumenta la dosis diaria y se reduce el volumen a tratar, lo que permite lograr resultados similares en solo cinco días con una doble sesión mañana y tarde también de diez minutos.

El estudio concreta que entre el 10% y el 20% de las mujeres con cáncer de mama podrían beneficiarse de este tratamiento concentrado, el porcentaje de tumores pequeños que se detectan en un estudio muy precoz de la enfermedad. ■



INVESTIGADORES ESPAÑOLES DESARROLLAN EL PRIMER QUIRÓFANO ONCOLÓGICO CON NAVEGADOR DEL MUNDO

UC3M/Hospital Gregorio Marañón/SINC
Un equipo de investigadores ha puesto en marcha el primer quirófano oncológico con navegador estereotáxico. Este

sistema de guiado por imagen permitirá incrementar la seguridad de la radioterapia intraoperatoria. Su precisión ha sido evaluada y el análisis de sus resultados ha sido publicado en la revista *Physics in Medicine and Biology*.

Científicos del Hospital Gregorio Marañón, la empresa GMV y la Universidad Carlos III de Madrid (UC3M) han desarrollado el primer quirófano oncológico con navegador. El sistema permite interaccionar en tiempo real tanto con el cuerpo del paciente (con sus distintos tejidos y cáncer) como con el aplicador de radioterapia usado para radiar la zona afectada por el tumor.

Esta innovación se usará en la cirugía de cánceres tratados con radioterapia intraoperatoria para conseguir una mayor precisión en la radiación de los tejidos con riesgo cancerígeno tras la extirpación del tumor. La instalación de este nuevo equipamiento ha supuesto una completa remodelación del quirófano.

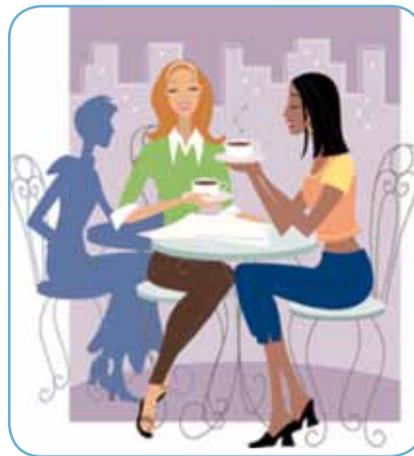
La nueva sala de operaciones, blindada para este tipo de procedimientos, incorpora pantallas de alta definición y calidad diagnóstica para visualizar la imagen en 3D del paciente, tres cámaras de videovigilancia y un conjunto de ocho cámaras infrarrojas para la navegación en tiempo real colocadas en torno al área quirúrgica que permiten captar el movimiento de objetos durante todo el procedimiento.

El personal médico dispondrá de una representación en 3D del enfermo y del aplicador que conduce la radiación, de manera que puede guiarse dentro del paciente a través de las pantallas de alta definición del quirófano. Sobre dicha representación tridimensional, reconstruida a partir de un escáner previo, se realiza un seguimiento de la colocación del aplicador sobre el lecho tumoral con el objetivo de radiar exclusivamente los tejidos con residuo o riesgo cancerígeno predeterminados en cada paciente.

Además, se puede predeterminar y ajustar in situ la zona, la profundidad y dosis que recibirá cualquier tejido (como piel, hueso, músculo, intestino o vejiga) y comprobar si existe algún riesgo añadido para los tejidos sanos.

Un complemento a la quimioterapia

Este ingenio, desarrollado por los científicos en el marco de proyectos de investigación financiados por la Comunidad de Madrid, el Ministerio de Economía y Competitividad y fondos FEDER, convierte al hospital madrileño en un referente internacional en innovación tecnológica y en la aplicación de resultados de investigación a la práctica clínica diaria. ■



SUPERAR EL MIEDO TRAS UN TUMOR DE COLON, MÁS FÁCIL AL CONTACTAR CON PERSONAS EN IGUAL ESTADO

www.consalud.es

El contacto con personas en la misma situación ayuda a superar los miedos tras padecer un cáncer de colon, según aseguran los especialistas de Europa-Colon España, organización que cifra en 27.000 los nuevos casos anuales de cáncer de colon en España.

A juicio de sus expertos, la tasa de mortalidad en el territorio nacional por este tipo de tumor es cercana a las 14.000 personas cada año, que son las vidas que cuesta esta enfermedad. No obstante, exponen que este cáncer *“es uno de los que tiene más posibilidades de supervivencia”*.

En concreto, las probabilidades de superación son de *“hasta un 90%”*, cifra a la que se llega *“si se detecta a tiempo”*, indica el psicólogo y vicepresidente de EuropaColon España, Carlos Hué. Para él, una vez que se llega al punto de la detección, hay que ser *“muy positivos”*.

“Debemos apoyarnos en nuestros seres queridos, puesto que es una herramienta esencial en el proceso de recuperación tras la enfermedad”, continúa el experto, que sostiene que, tras un cáncer, *“el estado físico y psicológico del paciente se encuentra debilitado”*.

Los pacientes tienen miedo a recaídas

Esta situación hace que sea común que los pacientes presenten miedos ante recaídas, algo que se observa *“cada vez que realizan una revisión o cuando aparece alguno de los síntomas frecuentes de este tumor”*, explica Hué. Entre ellos se encuentra *“el dolor abdominal, la diarrea o el estreñimiento”*, manifiesta.

Ante ello, insiste en la positividad y en las relaciones sociales y familiares, y es que los estados de ánimo *“inciden en el aumento o disminución de las defensas del organismo”*. Así, los negativos *“provocan una recuperación más lenta”*, mientras que los positivos ayudan a una más rápida, sostiene.

Por último, el vicepresidente de Europa-Colon destaca la ayuda que se puede recibir desde el exterior, como es la que ofrecen los grupos de apoyo y las asociaciones de pacientes. Ante las dudas, la incertidumbre o la falta de información *“se puede acudir a este tipo de grupos para aceptarse a uno mismo tras superar la enfermedad”*, concluye. ■



UNA PRUEBA SENCILLA PUEDE DETECTAR CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

Europa Press

Investigadores de la Universidad de Louisville, en Kentucky, Estados Unidos, han confirmado que el uso del perfil de temperatura de la sangre de una persona, llamado termograma de plasma, puede servir como un indicador de la

presencia o ausencia de cáncer cervical, incluso la etapa en la que está el tumor. El equipo, dirigido por Nichola Garbett, ha publicado sus hallazgos en la edición digital de este miércoles de 'Plos One'.

"Hemos sido capaces de hallar una prueba más conveniente y menos invasiva para la detección y estadificación del cáncer de cuello uterino", destaca Garbett. Para hacer un termograma de plasma, una muestra de plasma sanguíneo se "derrite" produciendo una firma única que indica el estado de salud de una persona.

Esta firma representa las principales proteínas en el plasma sanguíneo, medidos por calorimetría diferencial de barrido (DSC). El equipo, formado por

Brad Chaires, Ben Jenson, William Helm, Michael Merchant y Jon Klein, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Louisville, ha demostrado que el perfil del termograma de plasma varía cuando una persona tiene o no la enfermedad.

El equipo cree que las moléculas asociadas a la presencia de la enfermedad, llamados biomarcadores, pueden afectar el termograma de una persona con enfermedad cervical. Estos expertos utilizaron espectrometría de masas para mostrar que los biomarcadores asociados con el cáncer de cuello de útero existían en el plasma.

"La clave no es la temperatura de fusión real del termograma, sino la forma del perfil de calor", concreta Garbett.

"Hemos sido capaces de establecer termogramas para una serie de enfermedades. Comparando muestras de sangre de los pacientes que están siendo analizados y tratados en los termogramas nos debe permitir un mejor seguimiento de los pacientes. Esta será una oportunidad para que ajustemos los tratamientos de forma que sean más eficaces", añade.

Chaires observó que los termogramas de plasma tienen diferentes patrones asociados con distintos grupos demográficos, así como para diferentes enfermedades. La prueba no es invasiva y requiere sólo una simple extracción de sangre. ■



Decisiones

Carmen Mestas

Clavó los ojos en aquella cara familiar que ocupaba casi toda la pantalla de la televisión del salón, sin ver. La mano izquierda apretaba el bajo vientre con firmeza. Empezó a notar las lágrimas recorriéndole las mejillas. Se concentró por un instante en ellas, intentando mantener la calma mientras los oídos recogían aquellas palabras que empezaban a agujijonearle el cerebro.

“Se suprime la causa de anomalía fetal en la nueva ley del aborto”.

Cuando Óscar entró en el pequeño salón, la vio sentada en el suelo, abrazándose las piernas. Lloraba. No quiso mirarle mientras se acercaba despacio, ni cuando le soltó las manos, rojas de tanto apretar, ni cuando se las masajé con suavidad. Siguió su mirada sin intentar levantarla de la alfombra, y vio el resumen de las noticias: La rueda de prensa, el Ministro en primer plano, la nueva legislación. Entonces lo entendió todo y, sentándose en el suelo frente a ella, se cubrió la cara y gritó.

No sabía cuánto tiempo había pasado. Quizás horas. El telediario había acabado y se oían risas enlatadas retumbando en las paredes. Ella seguía ahí, sin moverse, sin llorar, sin hablar. Mirándole fijamente. Óscar se levantó, despacio, como temiendo asustarla. Las palabras empezaron a brotar de sus labios antes de que pudiera detenerlas, sin pararse a pensar en lo que decía, intentando sólo paliar su dolor.

–Todo saldrá bien. No te preocupes, todo saldrá bien.

–Nada puede salir bien cuando es un hombre el que suprime mis derechos.

–Se levantó, furiosa, y dio un portazo al salir, dejándole solo con sus pensamientos y un plato de lentejas sosas que, de repente, se habían vuelto amargas.

Los días fueron pasando, lentos, en medio de una bruma de desesperación. Óscar apenas se atrevía a pasar tiempo con su pareja, a la que veía sumida en una apatía total. Julia se levantaba a la misma hora, desayunaba, se iba a trabajar y echaba horas de más. Él sospechaba que, inconscientemente, le culpaba por algo que no alcanzaba a comprender, por lo que intentaba evadirse y evitarle, refugiándose en una oficina a esas horas ya vacía y rodeada de un millar de luces apagadas. Cuando volvía a casa, ya no hacía la cena, sino que se sentaba en el sofá y veía un telediario tras otro, programas de opiniones, debates. Buscaba a alguien que la entendiera, alguien que le diera la razón, alguien que escuchara sus protestas silenciosas y la ayudara. Un día le miró, con ojos suplicantes, acurrucada en su esquina del sofá, contra el reposabrazos raído.

–Ayúdame –Susurró–. Porque me estoy volviendo loca.

–Todo saldrá bien– Repitió él, porque no sabía qué otra cosa podía decirle.

Pasó muchas horas apoyada en su pecho. Cuando no pudo dormirse, dejó correr el tiempo mirando la pared amarilla, enredada en un torbellino de pensamientos. Recordó aquel día, una eternidad atrás, en el que la alegría casi la desbordaba. Fue a buscar a Óscar al trabajo, incapaz de callarse la noticia más tiempo, y queriendo dársela en persona. Embarazada. Incapaz de contener una sonrisa que se esfumó poco tiempo después, el día que le comunicaron que ni su hijo ni ella tendrían nunca una vida fácil ni normal. Recordó que no podía pensar en otra cosa, que, de repente, todo giraba en torno a aquella criatura

a la que ni ella ni sus médicos podían garantizarle un futuro debido a su enfermedad. Recordó que pensó, quizás de manera egoísta, si podría superar la pérdida de su hijo cuando aún fuera un niño. Y pensó en él, si merecía vivir los pocos años que le dieran entre dolor y médicos. Y en ese momento tomó la decisión más difícil de su vida, porque no podía hacerle eso. Ni hacérselo a sí misma.

El sol se colaba por las rendijas de la persiana cuando despertó. Los difíciles recuerdos de la noche anterior la habían dejado dolorida y dispuesta a luchar. Descolgó el teléfono y marcó, decidida.

–¿Diga?

–¿Carla? soy Julia.

–Oh, hola. Perdona que no te llamara, yo...

–No digas nada. ¿Aún tienes ese grupo de amigas con las que solías reunirte los martes?– Volvió a llevarse la mano al bajo vientre mientras hablaba, como recordando la sensación que envolvía el gesto.

–Claro, pero ahora nos reunimos los lunes. Y hemos cambiado nuestra sede. Te daré la dirección– Julia la apuntó con cuidado en una pequeña agenda que tenía a mano y esperó a que se rompiera el silencio. –Te veo el lunes–. Empezará a las siete.

El resto del fin de semana lo pasó entre películas, música, libros, y Óscar, que parecía más tranquilo. Seguramente había visto la determinación en sus ojos. A veces, cuando estaba distraída, le veía mirarla de reojo, con cara de preocupación, como temiendo que fuera a romperse. Que equivocado estaba. Eso ya no sería nunca así.

Cuando abrió aquel portón viejo y oxidado el lunes por la tarde, descubrió que estaba nerviosa. No había sido puntual, y la reunión ya había empezado. Una chica de pelo rubio agitaba

un periódico con rabia y subía la voz paulatinamente.

–Y ahora dice que «ningún derecho es absoluto». No os dejéis engañar, compañeras, ¡yo no quiero que nadie decida por mí!–

Julia aplaudió a la joven, que hizo suyas unas palabras que ya había escuchado antes. Unas palabras que todas habrían de hacer suyas. Esperó hasta que todas terminaron su intervención y después se levantó, cohibida.

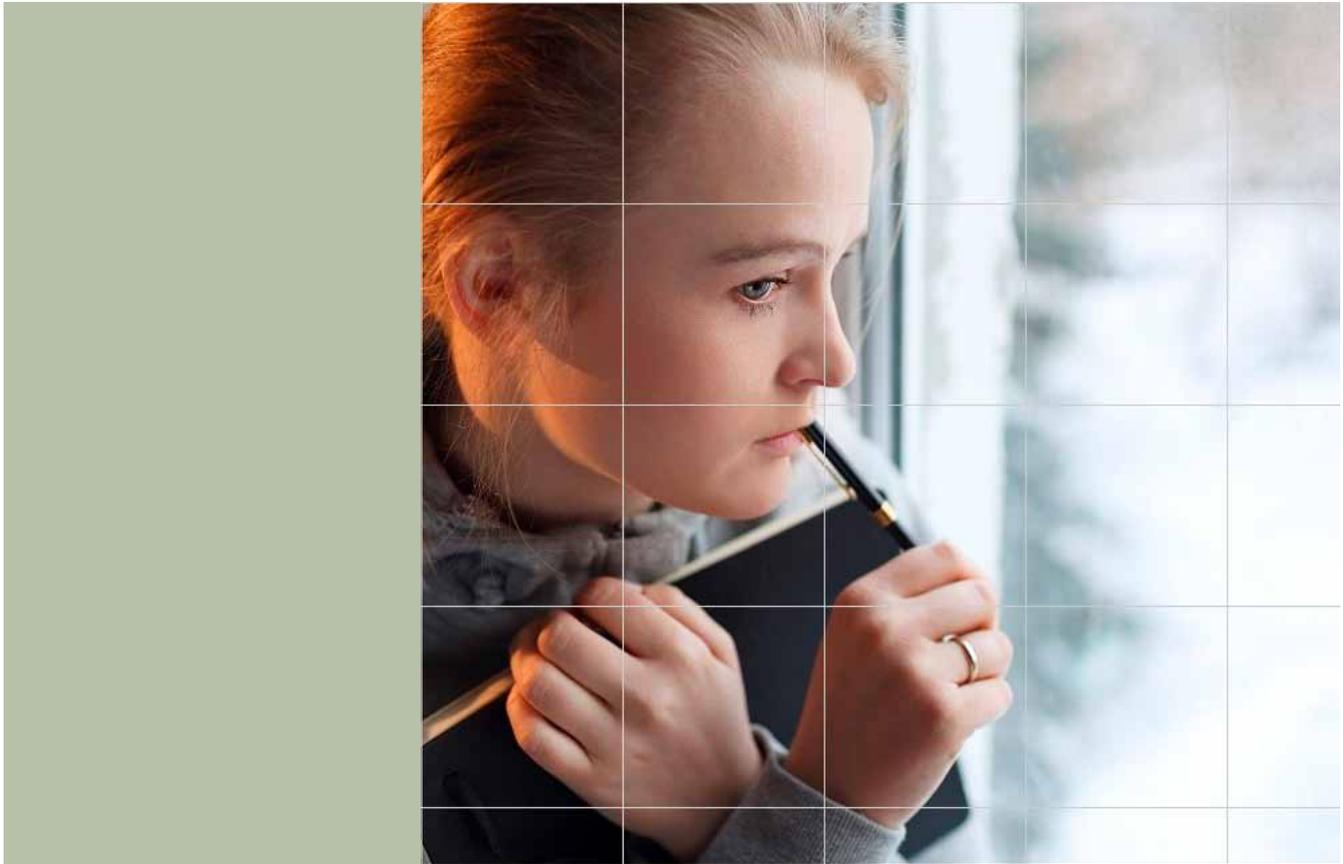
–Me llamo Julia Castro. Estoy embarazada y mi hijo viene mal. Quiero recuperar mi derecho a decidir sobre mi cuerpo. No quiero que un hombre me obligue a continuar con un embarazo no deseado. Yo tampoco quiero que nadie decida por mí– concluyó, casi en un susurro, mientras veía a su alrededor como todas se levantaban y le dedicaban un aplauso.

–Te ayudaremos.

Se organizaron antes de salir. Le hablaron de un médico que tenía una pequeña consulta privada, colaboraba con la asociación y además se negaba a acatar la nueva legislación. Si ella necesitaba ayuda, contactarían con él, y entre todas correrían con los gastos del material. Julia les sonrió por primera vez.

–Gracias. Gracias. Gracias.

Miró la habitación estéril. Todo era blanco a su alrededor. Notaba su desnudez debajo de la bata de hilo y los nervios agitando su estómago vacío. “Será rápido”, le dijo Clara. “Será fácil”. No para ella. Nadie habló nunca de cómo iba a sentirse. Repasó mentalmente todos los titulares que había leído en los últimos días, aquellos que la hacían sentirse como si fuera escoria por tomar una decisión que jamás había sido fácil. ¿Dónde estaba la empatía? hizo un recorrido por las opiniones que había escuchado en los últimos tiempos. Gente que no la conocía y la llamaban “asesina” en una conocida red social. ¿Dónde estaba



la compasión humana? aquellos que se atrevían a insultarla públicamente decían que luchaban por los derechos “pro-vida”. ¿Y dónde quedaban los suyos? ¿La iban a ayudar ellos a criar a ese hijo físicamente limitado? ¿A lidiar con una vida de dolor y médicos?.

Aún lloraba unos días después, mientras Óscar la agarraba del brazo izquierdo, temiendo que se desmoronara de nuevo. La acompañaba a la sede de sus nuevas amigas y se despidió con un escueto beso y unas palabras suaves al oído.

–Yo apoyaré siempre tu derecho a decidir.

Entró. Esta vez, ellas la estaban esperando. La recibieron entre sonrisas, abrazos, aplausos, y besos en sus coloradas mejillas. Se subió encima de la silla más próxima, narró su experiencia, y después contó su plan. Un plan para protestar. Un plan para ayudar a que todas las mujeres luchen. Un plan para que comprendan que no están solas. Un plan para demostrar que ninguna mujer debería callar ante la injusticia.

Irrumpieron en el Congreso, semidesnudas. Se habían pintado el pecho entre ellas con frases de rebeldía y lucha. Julia miró al Ministro que había ayudado a hundirla. Le odió. Le miró fijamente y gritó tan fuerte como se lo permitieron sus pulmones.

–¡Yo no quiero que nadie decida por mí! 🗣️

¡¡ASÓCIATE!!

a la Sociedad Española de Enfermería Oncológica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

¿Por qué?

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

¿Qué te proporciona la SEEO?

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

Sociedad Española de Enfermería Oncológica
www.seeo.org



Boletín de Suscripción

Nombre y Apellidos _____

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

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____ País _____

Servicio y Centro de Trabajo _____

Forma de pago

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

Banco/C.A. _____

Nº de cuenta:

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____

NOMBRE DEL TITULAR _____

Firma



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

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

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTABLES

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

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

ESTRUCTURA EN LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIONES

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

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

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

PROCESO EDITORIAL

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

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

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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

Los trabajos serán remitidos:

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

JORNADAS DE
ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA

TOLEDO

8 y 9
MAYO
2014

CALIDAD

**EL CAMINO
HACIA LA
EXCELENCIA**



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

www.seeo.org