



Vol. 17 - N°2. Mayo 2015

enfermería oncológica

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

WWW.SEEO.ORG



Sociedad Española de
Enfermería Oncológica



Bienvenido a la S.E.E.O.

martes, 28 de abril de 2015

SEEO



NOTICIAS

El HER2+ metastásico ya no es el tumor de mama más temido.

Aumenta la supervivencia en cáncer infantil

Cronificar el melanoma podría convertirse en un reto asumible a medio plazo

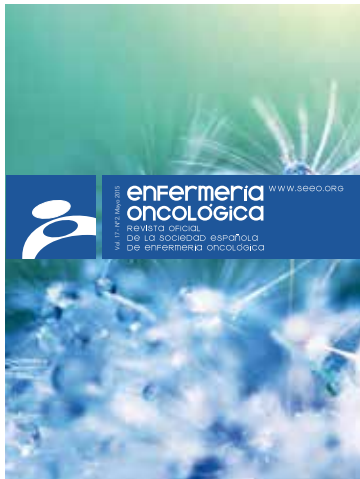


Manual de actividades SEEO

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



www.seeo.org



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

Indexada en la base de datos de CIBERINDEX.

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

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

- Número suelto: 22€ más gastos de envío.
- Suscripción anual (4 números): 73€ más gastos de envío.

sumario



EDITORIAL. **4** • PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, TRATADO CON BRAQUITERAPIA. **5** • LA METÁFORA DEL CÁNCER. **10** • ENTREVISTA A PAZ FERNÁNDEZ ORTEGA. **19** • PRECISIÓN DE LAS BÁSCULAS PARA EL PESO DE PERSONAS EN HOSPITALES Y FARMACIAS EN VIGO. **21** • NUESTR@S COMPAÑER@S DE... **25** • PÍLDORAS COLECCIONABLES. **26** • BREVES. **27** • NOTICIAS DE EUROPA. **28** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **31** • FICHAS QUI-MIOTERAPIA. **32** • AGENDA, CONGRESOS Y JORNADAS. **37** • A LA VANGUARDIA. **38** • ¿SABÍAS QUE...? **42** • RELATO. **45** NORMAS DE PUBLICACIÓN. **47**



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



Concepción Reñones.

Editorial



Últimamente se escucha en todos los foros de salud una palabra que puede sonar algo rara, pero que en la actualidad está en boca de todos, y es “empoderamiento”. Es una palabra traducida literalmente del inglés “empowerment” ya que no existe esa palabra en castellano, al menos con la acepción que se le da en su idioma original. Empoderamiento significa “dar poder” o “la expansión de la libertad de escoger y de actuar”, es decir que el paciente tenga una participación activa en sus cuidados de salud, lo que tampoco es algo nuevo, aunque antes se usaba como enfoque en la educación para “hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido”.

A lo largo de estos años ha crecido su popularidad en el ámbito sanitario, el paciente pasa de un papel pasivo de una medicina paternalista a ser un elemento activo con capacidad de decisión en la gestión de su propia salud, y esto es especialmente importante en los pacientes oncológicos.

Un paciente empoderado es un paciente informado, pero un paciente que entiende, comprende e interpreta esa información y eso es todo un desafío para nuestro sistema sanitario porque estamos hablando de pacientes “expertos” y hablamos de una toma de decisiones compartida.

Todo esto requiere de un trabajo en equipo, de cooperación mutua entre pacientes y profesionales porque está demostrado que esta colaboración permite personalizar los tratamientos, aumenta la adherencia al mismo, potencia la autonomía, y promueve la confianza, todo lo cual mejora notablemente la calidad de vida de nuestros pacientes y la efectividad de nuestros cuidados.

El problema es que también representa un cambio de paradigma para los que atendemos las necesidades de estos pacientes y tenemos que prepararnos para el cambio, empoderarnos para adaptarnos y capacitarnos para las nuevas necesidades de nuestros pacientes y al mismo tiempo satisfacer también nuestras propias necesidades de autorrealización como profesionales de la salud. Necesitamos una transformación y esto solo puede hacerse a través de la educación, por eso buscamos competencias y roles avanzados para cuidados más profesionalizados y de mayor calidad, sin olvidar palabras como humanidad, sensibilidad, ética, dignidad, respeto... personas.

Todos somos pacientes. Todos queremos empoderamiento. Pero todos sabemos que aún queda un largo camino por recorrer para que esto sea una realidad.

Para avanzar hacia esta realidad os animo a participar en este próximo Congreso de enfermería oncológica que tendrá lugar este mes de Mayo en Tarragona. 📍



PLAN DE CUIDADOS estandarizado en pacientes con cáncer de mama, tratado con braquiterapia

Autores: Cuevas Iroz, C. *Enfermera del Servicio de Oncología Médica y Radioterápica. Complejo Hospitalario de Navarra.*
Villalgorido Ortín P. *Jefe de Unidad de Innovación. Servicio de Relación con el Paciente. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.*
Corcuera Martínez M. I. *Jefa de Unidad de Enfermería del Servicio de Oncología Médica y Radioterápica. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Contacto: M^a Inés Corcuera Martínez
mi.corcuera.martinez@navarra.es

RESUMEN

La braquiterapia de mama es, dentro de los tratamientos oncológicos, uno de los más novedosos.

Con dicho tratamiento se consigue aplicar en el mismo lugar donde estaba el tumor la energía radioterápica necesaria para disminuir el riesgo de recaída local sin afectar a la pared costal, corazón, ni tan siquiera a la mama completa. Sus ventajas con respecto a la radioterapia externa habitual son cuantificables en

tiempo, nivel de lesión y efectividad de tratamiento. La combinación de ambas radioterapias es, actualmente, el tratamiento de elección más utilizado y con menor número de recidivas.

El tratamiento se aplica en la mayoría de los casos en mujeres con tumores de alto riesgo una vez han sido intervenidas quirúrgicamente unido a radioterapia externa y en menor medida se realiza a mujeres con recidivas tumorales muy delimitadas sin aplicar radioterapia externa.

El objetivo de este trabajo es establecer y difundir el Plan de Cuidados Estandarizado en la paciente con cáncer de mama en tratamiento con braquiterapia con unos criterios unificados y homogéneos basados en la evidencia científica que aseguren una buena calidad en la atención a estas pacientes.

Palabras clave: plan de cuidados estandarizado, braquiterapia mama.

ABSTRACT

Breast brachytherapy is one of the newest and most innovative treatments among the different treatments in oncology.

With the aforementioned treatment it is possible to apply to the site of a former tumour, the amount of radiotherapeutic energy that is required to reduce the risk of local recurrence without affecting the rib wall, the heart or the breast itself. Its advantages with respect to the usual external radiotherapy are quantifiable in

terms of time, levels of tissue damage and efficiency. The combination of both these radiotherapies is currently the most common option of treatment being used, with the lowest number of relapses.

In the majority of cases this treatment is given to women with high risk tumours once they have undergone surgical intervention combined with external radiotherapy and to a lesser degree to women with tumoral relapses of very limited extension and without applying external radiotherapy.

The aim of this work is to establish and spread the idea of a standardised care plan for breast cancer patients undergoing brachytherapy, the criteria of this plan being unified, homogeneous and based on scientific evidence assuring that the attention these patients receive is of the utmost quality.

Keywords: Standardized care plan, Breast brachytherapy.

INTRODUCCIÓN

La braquiterapia de mama es un tratamiento conservador radioterápico para tratar la neoplasia mamaria. Como su propio nombre indica; brachis - "cerca" y terapia - "cura", consiste en que la radiación llegue al lugar in-situ en el que estaba el tumor. Esto permite dar dosis mucho más altas de radioterapia a través de unos catéteres plásticos (*fotografía 1*) y como consecuencia, una notable disminución en el tiempo de tratamiento, evitando la proliferación maligna celular entre cada dosis de radioterapia externa habitual.

Actualmente, el tratamiento de elección para el cáncer mamario es la combinación de la radioterapia externa y la braquiterapia in situ. Según estudios este tratamiento es el elegido por su menor número de recidivas¹.

Otra gran ventaja de esta técnica, es el escaso riesgo de dañar estructuras

adyacentes como el pulmón, las costillas, esófago, el corazón y la propia mama^{2,3}.

La braquiterapia es una técnica relativamente novedosa, que en nuestro centro lleva realizándose desde 2008.

Ya en 1896, Pierre Curie, propuso insertar una fuente radiactiva en un tumor y gracias a los avances en imágenes tridimensionales y sistemas de tratamiento de planificación computerizada, hoy en día, esta idea ha sido posible^{4,5}.

La braquiterapia de mama, principalmente, se clasifica en dos tipos:

- Braquiterapia combinada.
- Braquiterapia exclusiva.

En la braquiterapia combinada⁶ con radioterapia externa, se administra un Boost de dosis entre 12-17.5 Gy en tres fracciones durante 2 días². Se entiende por Boost cuando en el tra-

tamiento se aplica una dosis más alta que generalmente se administra al final del tratamiento y que se denomina sobreimpresión⁷.

Cuando la braquiterapia se aplica en exclusiva es decir no se da radioterapia externa, se administran dosis de 34Gy en 10 fracciones durante 5 días.

En nuestro servicio los criterios de inclusión según el tipo de braquiterapia son: *Braquiterapia combinada (radioterapia externa más Boost de braquiterapia)*:

- Boost de braquiterapia en pacientes de alto riesgo: tumores localmente avanzados después del tratamiento quimioterápico neoadyuvante y mujeres menores de 50 años.
- Boost en pacientes con tumores profundos en mamas muy grandes.

Braquiterapia exclusiva:

- En mujeres con recidiva de neoplasia en el mismo seno, ya radiado, des-



Fotografía 1. Braquiterapia de mama.

PREPARACIÓN PREVIA A LA BRAQUITERAPIA DE MAMA	
1	Aplicar el procedimiento de acogida y cuidados al ingreso en el centro
2	Informar al paciente y familia del procedimiento de braquiterapia
3	Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia
4	Aplicar el procedimiento de "Atención preoperatoria". Como excepción se colocará la vía venosa periférica y la profilaxis antibiótica en el radioquirófano
5	Comprobar que la paciente esté en ayunas
6	Cumplimentar el Listado de Verificación Quirúrgica
CUIDADOS POSTERIORES A LA BRAQUITERAPIA. PRIMER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN	
7	Aplicar el procedimiento de "Atención postoperatoria en la Unidad de hospitalización"
8	Controlar las constantes vitales
9	Valorar las características del dolor y la eficacia de la analgesia
10	Vigilar sangrado/hematoma de la mama
11	Vigilar signos y síntomas de lesión músculo nerviosa
12	Vigilar signos y síntomas de neumotórax
13	Curar zona de inserción de los catéteres plásticos en la mama
14	Proporcionar medidas de confort en cama. Colocar los catéteres plásticos de forma que se facilite la comodidad
15	Proporcionar los cuidados del catéter venoso periférico
16	Iniciar tolerancia progresiva a dieta oral: dieta líquida en la merienda, de fácil digestión en la cena y normal para el día siguiente
CUIDADOS POSTERIORES A LA BRAQUITERAPIA. PREPARACIÓN DEL ALTA	
17	Informar a la paciente que será trasladada al Servicio de Radioterapia, para realizar la última sesión de braquiterapia
18	Controlar el estado de la mama tras la retirada de los catéteres
19	Al alta realizar educación sanitaria sobre el proceso de enfermedad: medicación, nivel apropiado de actividad y cuidados de la mama

Tabla 1. Agenda de actividades de enfermería.

pués de una segunda cirugía conservadora. El tumor de dichas pacientes además debe cumplir lo siguiente: tumor menor de 2 cm. con márgenes libres y sin ganglios positivos.

Estos criterios de inclusión no excluyen radicalmente al resto, ya que cada caso es valorado individualmente por el equipo médico y se elige el tratamiento más pertinente.

La descripción de la técnica en sí, no es el objetivo de este trabajo pero sí nos gustaría describir las complicaciones más importantes derivadas de la técnica y que los profesionales de enfermería deben conocer para prevenir su aparición y tratarlas adecuadamente. Las complicaciones agudas más frecuentes son sangrado, infección e

inflamación subaguda, pudiendo aparecer otras derivadas de la técnica como lesión músculo nerviosa derivada de la posición de hiperextensión en el radioquirófano y pneumotórax. Las complicaciones tardías incluyen la fibrosis y la radionecrosis grasa, ésta última muy improbable^{7,8,9}.

En comparación con la radioterapia externa se cuantifican menos lesiones en la piel y un menor trastorno en los hábitos personales y profesionales de la paciente por la rapidez del tratamiento, datos que se tienen en cuenta en la elección de un tratamiento u otro^{2,3,10}.

Partiendo de la definición: "Un plan de cuidados estándar es un protocolo específico de cuidados que resulta apropiado para los pacientes que están

padeciendo los problemas habituales o predecibles asociados con un determinado diagnóstico o proceso patológico" los planes de cuidados sistematizados deben incluir la valoración del estado del paciente, definición de problemas (tanto del ámbito independiente como de colaboración), formulación de objetivos y cuidados de enfermería homogéneos descritos en términos de actividades concretas¹¹. Para que los planes de cuidados sistematizados puedan, además de guiar una práctica de calidad, ser instrumentos de gestión es necesario que utilicen un lenguaje unificado, normatizado y estandarizado, debiendo siempre individualizarse en su aplicación.

Teniendo esto en cuenta, el objetivo de este trabajo es elaborar y difundir el Plan de Cuidados Estandarizado en la

Necesidad	Diagnóstico de enfermería	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
Ocuparse/ Realizarse	Ansiedad r/c ingreso hospitalario y amenaza de cambio en el estado de salud	Nivel de la ansiedad	Desasosiego. Inquietud. Ansiedad verbalizada	Cuidados de enfermería al ingreso. Disminución de la ansiedad	1, 2, 3
Seguridad	Riesgo de protección ineficaz r/c pre-procedimiento quirúrgico	Preparación antes del procedimiento	Participación en el LVQ. Estado de restricción de la ingesta	Preparación quirúrgica	4, 5, 6
Seguridad	Riesgo de protección ineficaz r/c efectos post-anestesia	Recuperación posterior al procedimiento	Constantes DLN. Náuseas. Vómitos. Totalmente despierto	Cuidados postanestesia	7, 8, 16
Movimiento/Postura	Disconfort r/c efectos secundarios del tratamiento (catéteres plásticos)	Estado de comodidad: física	Bienestar físico. Posición cómoda	Manejo ambiental: confort	14
Higiene y mucosas	Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos	Curación de la herida por segunda intención	Disminución del tamaño de la herida. Granulación	Cuidados de las heridas	13, 18
Seguridad	Riesgo de infección r/c catéter venoso periférico	Severidad de la infección	Fiebre. Dolor. Hipersensibilidad	Mantenimiento dispositivos de acceso venoso	15
Aprender	Conocimientos deficientes r/c falta de exposición	Conocimiento: régimen terapéutico	Descripción de los efectos esperados del tratamiento	Enseñanza: proceso de enfermedad. Planificación al alta	17, 19
Sistema	Problema Interdependiente (PI). Complicación Potencial (CP)	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
Nervioso	PI. Dolor	Nivel de dolor	Dolor referido. Expresiones faciales de dolor.	Manejo del dolor	9
Circulatorio	CP. Hemorragia/ Hematoma mama	Severidad de la pérdida de sangre	Pérdida sanguínea visible. Disminución de la presión arterial.	Control de hemorragias	8, 10
Músculo-esquelético	CP. Lesión músculo-nerviosa	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	Movimiento articular. Fuerza muscular.	Vigilancia	11
Respiratorio	CP. Neumotórax	Estado respiratorio	Frecuencia respiratoria. Saturación de oxígeno. Disnea de reposo	Manejo vías aéreas	12

Tabla 2. Plan de cuidados.

paciente con cáncer de mama en tratamiento con braquiterapia, para unificar criterios en los cuidados que se prestan, mejorar la calidad científico técnica de los mismos y disminuir la variabilidad en la práctica clínica posibilitando la continuidad de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro hospital existe una amplia trayectoria en la elaboración de Planes de Cuidados Estandarizados, en este sentido en la Unidad de Hospitalización de Oncología Radioterápica se están elaborando los PCE a pacientes tratados con braquiterapia conforme se va intro-

duciendo dicha técnica en nuestra Unidad, para ello se han seguido las pautas establecidas a tal fin que incluyen las siguientes fases:

1. Constitución de un grupo de trabajo

Para llevar a cabo este plan de cuidados se constituyó un grupo de trabajo compuesto por la Jefa de Unidad, profesionales de enfermería de la Unidad y del Servicio de braquiterapia y oncólogos radioterápicos.

2. Instauración de criterios comunes

Antes de abordar la elaboración del Plan de cuidados se establecieron unos criterios comunes desde la Direc-

ción del centro en cuanto a la metodología que se iba a emplear, el modelo de cuidados y el lenguaje a utilizar.

2.1. Adopción del modelo de cuidados.

Para elaborar planes de cuidados es imprescindible la elección de un modelo de enfermería. En nuestro hospital el modelo elegido es el modelo conceptual de Virginia Henderson.

2.2. Identificación de las situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras según el modelo bifocal de L. Carpenito.

Según L. J. Carpenito las enfermeras son responsables de tratar dos tipos

de juicios clínicos; diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. La diferenciación entre ambos tiene interés para determinar la responsabilidad de enfermería en el tratamiento de cada problema¹².

2.3. Lenguaje a utilizar.

Para el enunciado de los problemas con resolución independiente por parte de las enfermeras se decidió utilizar la Taxonomía diagnóstica de la NANDA¹³ y para el enunciado de los problemas interdependientes utilizar la terminología médica. Se identifican los resultados que se quieren conseguir con sus indicadores según la taxonomía NOC¹⁴ y las intervenciones más significativas según la taxonomía NIC¹⁵, detallando las actividades interrelacionándose las tres taxonomías¹⁶.

3. Presentación al equipo de la unidad y puesta en práctica.

Una vez elaborado y consensado el PCE se presenta al personal de la

Unidad para su implementación en la práctica.

RESULTADOS

Como resultado se presenta el Plan de Cuidados Estandarizado en la paciente con cáncer de mama tratada con braquiterapia, que se operativiza mediante una agenda de actividades de enfermería (*tabla 1*) para su implementación, una vez haya sido incorporado al programa informático del Centro.

Dicho PCE lo conforman 7 diagnósticos de enfermería, 4 problemas interdependientes, 11 resultados NOC, 13 intervenciones NIC, lo que constituyen un total de 19 actividades, para su individualización a las necesidades concretas de la paciente (*tabla 2*).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con el presente PCE, se consigue el cuidado integral de la paciente durante todo el proceso, con una doble vertiente: por un lado recoge los cuidados de enferme-

ría comunes a todos los procesos quirúrgicos y otros más específicos derivados de la aplicación de la braquiterapia y por otro lado, conseguimos disminuir la variabilidad de la práctica clínica adaptando las intervenciones de enfermería a las necesidades de dichas pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Oncología Radioterápica, en especial a la Dra. Elena Villafranca.

A la Unidad de Enfermería de Oncología Médica y Radioterápica, por el trabajo dedicado. ☺

BIBLIOGRAFÍA

1. Andersen, M. A. Simposio sobre el Cáncer de Mama San Antonio. Med Radiology info.org. Universidad de Texas. Centro Oncológico Dr. Benjamin Smith; 2012.
2. Guinot E., Lánzos E., Muñoz V., Polo A., Ramos A. Guía de Braquiterapia. Medical Practice Group; 2008.
3. National Cancer Institute. Boletín del Instituto Nacional Cáncer. Estudios que generan preocupación sobre la radioterapia parcial de la mama. 2012; (4): 1-4.
4. Gupta V. K. Brachytherapy, past, present and future. Journal of Medical Physics. 1995; (20): 31-38.
5. A brief history of brachytherapy. NAGS. USA. American Brachytherapy Society. Consultado Mayo 2014. Disponible: www.americanbrachytherapy.org/about-brachytherapy/history/cfm.
6. Martin Keisch, Douglas Arthur, Rakesh Patel M. D., Mark Rivard P. D., Frank

- Vicini M. D. Breast Brachytherapy as a boost. American Brachytherapy Society Breast Brachytherapy Task Group; 2007.
7. Zomeño, M. Glosario de Radioterapia. Panace@. 2002; (3): 29-33.
8. Cantero Muñoz P., Atienza Merino G. Radioterapia intraoperatoria en el tratamiento del cáncer de mama. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Santiago de Compostela; 2013.
9. Lengua Cabezas M., De Miguel De Mingo M., Revuelta Zamorano M. Guía de Cuidados a pacientes en Oncología Braquiterapia. SEOR. Madrid: 2007.
10. The American Brachytherapy Society Consensus statement for accelerated Partial breast irradiation (en línea). North American. Elsevier. 2013. Acceso Mayo 2014. www.americanbrachytherapy.org/guidelines/abs-breast-brachytherapy-taskgroup.
11. Yyer P. W., Taptich B. J., Bemocchi-Losey D. Proceso de enfermería y diag-

- nóstico de enfermería. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1993.
12. Carpenito L. J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana; 2004.
13. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación: 2012-2014. Madrid: Elsevier España; 2012.
14. Moorhead S., Johnson M., Maas M. L., Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª Edición. Madrid: Elsevier; 2013.
15. Bulechek G. M., Butcher H. K., Dochterman J. M., Wagner C. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Madrid: Elsevier; 2013.
16. Johnson M., Bulechek G., Butcher H., Dochterman J. M. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª Edición. Madrid: Elsevier España; 2009.



La metáfora del CÁNCER

Autora: Beatriz González Oblanca. *Enfermera.*

Contacto: beatrizoblanca@hotmail.com

RESUMEN

La intención del presente estudio es analizar las metáforas y representaciones sociales del cáncer, y como éstas repercuten en las personas que han sido diagnosticadas de dicha enfermedad. Para ello se realizaron entrevistas a un total de 15 sujetos en la Asociación Española Contra el Cáncer y en el Hospital de Día del Hospital Xeral de Vigo.

Se pretendía conocer las imágenes e ideas más comunes que tenían los pacientes sobre la enfermedad y esa

etapa de sus vidas; descubrir sus principales preocupaciones, apoyos, creencias a cerca de los posibles desencañenantes, cambios en el estilo de vida; aspectos que en su conjunto conforman una experiencia llena de matices.

Para lo cual se utilizó una metodología cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas. Los datos obtenidos muestran como, hoy en día, a pesar de la divulgación, el acceso a la información de los avances científicos y mejores tratamientos contra el cáncer, sigue exis-

tiendo la misma visión de miedo, muerte y sufrimiento que tiempo atrás. Por esta razón se plantea la necesidad de desmitificar la palabra cáncer. Es necesario transmitir un cambio en la mentalidad de la sociedad, y en ello cobra especial importancia el personal sanitario, siendo el personal de enfermería una pieza clave para ello.

Palabras clave: metáfora, representaciones sociales, oncología.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyse the social representations and metaphors of cancer and how these impact on those diagnosed with the disease. To that end, 15 people were interviewed at the Spanish Association against Cancer and the Xeral Day Hospital in Vigo.

Another goal of the study was to find out how patients viewed the disease itself and that specific phase in their lives, to

learn about their major concerns, their existing support networks and their ideas about what might have triggered the disease. All these factors make up for an experience with many different shades.

A qualitative methodology consisting of semi-structured interviews was applied. The resulting data show how at present and despite all information available about the disease, the scientific advances made and the improvement

in the treatment of cancer, a deeply rooted feeling of fear, death and suffering is still pervasive. Hence the need for a new approach to the word 'cancer.' A change of mentality appears as essential and in this process the health personnel is called to play a significant role, and within this, the nursing staff constitutes a fundamental piece.

Word Keys: metaphor, social representations, oncology.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia han existido enfermedades con una connotación especialmente negativa; por ejemplo, la epilepsia en la época de Hipócrates, la lepra en la Edad Antigua, la sífilis en la Edad Media, la tuberculosis a finales del XVIII y comienzos del XIX y el cáncer en la actualidad.

Hablando de estas dos últimas patologías, la Tuberculosis y el Cáncer, debemos mencionar el libro de la escritora estadounidense Susan Sontag titulado "La enfermedad y sus metáforas". En él relaciona estas dos enfermedades por haber tenido una repercusión similar en la sociedad: aislamiento del individuo en la comunidad, enfermedad que podía alcanzar a cualquiera "como una flecha mortífera", lo cual hacía que las personas afectadas se preguntaran "¿por qué yo?", y pensarán "no es justo". Una de las causas de esta coyuntura es el desconocimiento, lo que provoca la confusión en el individuo y lo lleva al rechazo¹.

Centrándonos en el Cáncer, la sociedad ha tenido una visión pesimista y catastrófica de la enfermedad a lo largo de la historia, lo que ha ayudado a que, hoy en día, tengamos la idea de ella como una enfermedad maligna que produce sufrimiento, dolor y malestar. Es cierto que, tanto la enfermedad como el tratamiento, producen cambios en el paciente, pero no siempre son tan perjudiciales. Sin embargo la información y experiencias

que se han transmitido a lo largo de los años han favorecido la aparición de estas representaciones².

Desde hace mucho, el ser humano relaciona el cáncer con la muerte y la putrefacción, viéndolo como algo que consume y devora el cuerpo³. Esto conlleva que las representaciones sociales existentes hoy día giren en torno al dolor, el sufrimiento, la muerte, la mutilación, la incapacidad, el cambio de nivel social y familiar, grandes pérdidas, miedo y desesperación.

Uno de los mecanismos, y quizás el más eficiente en la construcción e interiorización de representaciones sociales son las metáforas. Desde la misma aparición del término cáncer ya está presente la metáfora: cáncer en latín significa "cangrejo", y en griego equivale a karkinos, que además de cangrejo significa "úlceras malignas"⁴.

La medicina es un campo de especial complejidad para el que las metáforas se hacen imprescindibles. Las enfermedades no existen como fenómenos objetivos, sino que agrupamos a personas que presentan sufrimientos y características similares; por esto, a menudo utilizamos metáforas ontológicas, dando vida propia, humanizando, dotando a la enfermedad de temperamento, intencionalidad u otras características propias del ser humano.

La medicina se basa en que todas las enfermedades son curables, por lo que aquellas patologías que no tienen un tratamiento efectivo son consideradas enfermedades misteriosas. Así ocurre con el cáncer; la misma palabra, tiene algo de mágico, arcano. Es por ello por lo que Sontag propone que se rectifique la idea que tenemos de esta enfermedad. No pretende que se la oculte, como se proponía, en EEUU/USA, con la Ley sobre la Libertad de Información de 1966, donde se autorizaba ocultar a los pacientes (únicamente) esta enfermedad. Algo similar a lo que ocurre actualmente en la práctica con el fenómeno denominado conspiración del silencio, que se podría definir como un acuerdo implícito o explícito de los familiares con los profesionales sanitarios de ocultar o distorsionar la información al paciente, evitándole así el enfrentamiento con el final de la vida.

La gran cantidad de representaciones sociales y metáforas sobre el cáncer han facilitado que el paciente, además de afrontar la enfermedad y el tratamiento, tenga que afrontar la estigmatización de la enfermedad. La estigmatización es una actitud y predisposición involuntaria de las personas debido al desconocimiento, afectando negativamente en la adaptación a la enfermedad.

La estigmatización de la enfermedad, así como de tratamientos como la qui-

mioterapia y radioterapia, favorecen que los pacientes aplacen la consulta ante signos y síntomas, así como el rechazo de las terapias, su sustitución por remedios alternativos, el abandono de los tratamientos o entender el tratamiento como una experiencia dolorosa.

Por esta razón, considero de especial relevancia conocer el pensamiento que tienen los pacientes oncológicos sobre la enfermedad, así como las preocupaciones y miedos que surgen al comienzo y a lo largo de todo el proceso.

OBJETIVOS

Objetivo general: describir las metáforas y representaciones sociales del cáncer presentes en los pacientes oncológicos.

Objetivos específicos:

- Identificar la imagen del cáncer y el proceso de la enfermedad.
- Conocer los mecanismos y recursos para el afrontamiento de la enfermedad.
- Identificar las primeras preocupaciones que surgen en el momento del diagnóstico.
- Conocer la valoración de la experiencia.
- Identificar los cambios vivenciados a lo largo de la experiencia.
- Conocer las creencias acerca de los factores que desencadenaron la enfermedad.
- Identificar la actitud de los sujetos sobre ciertos aspectos de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Dadas las características del estudio, la Junta Local de la Asociación Español Contra el Cáncer (AECC) y el Hospital de Día del Hospital Xeral de la ciudad de Vigo se adecuaban a las necesidades del proyecto. El método utilizado para la selección de potenciales participantes fue el muestreo no probabilístico, concretamente de tipo intencional. El tamaño de la muestra fue definido por la información obtenida del informante llave, que por sus conocimientos y relación con los potenciales participantes

facilitó el acceso a dichos sujetos. En un principio se partió de la idea de realizar alrededor de 12 entrevistas y finalmente fueron un total de 15, momento en el cual se llegó a la saturación de la información.

Los criterios que debían reunir los sujetos para ser incluidos o excluidos del estudio fueron:

- Ser un paciente oncológico.
- Acudir a la AECC o al Hospital de Día del Hospital Xeral.
- Ser mayor de edad.
- Aceptar de forma voluntaria realizar la entrevista.
- Comprender la lengua castellana o gallega.

Este proyecto se diseñó y realizó respetando el código ético y deontológico. Durante el estudio no se solicitaron datos de carácter personal ni de ningún otro tipo que permitieran la identificación de la persona entrevistada. El tratamiento, comunicación y cesión de los datos se hizo conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Se solicitó y obtuvo el consentimiento del Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia para la realización de entrevistas dentro del Hospital Xeral y de la gerencia provincial en el caso de la AECC.

La recogida de datos se realizó mediante entrevista semiestructurada. Las pautas e interrogantes no estaban totalmente definidos desde el comienzo, por lo que en un principio se contó con un guión que recogía los principales temas a tratar durante la entrevista y que se afianzaron a lo largo del estudio.

Las primeras entrevistas se llevaron a cabo en la AECC, con una duración de 30 minutos aproximadamente. Posteriormente se entrevistó a los usuarios del Hospital de Día del Hospital Xeral donde se repitió el mismo procedimiento.

Una vez obtenida la información se procedió al análisis de los datos. Para el

estudio se dividió la entrevista en dos partes, por un lado las 9 preguntas abiertas y por otro un ejercicio de analogías que se realizaba al final de la entrevista.

Para el análisis de la primera parte se siguió el diseño de Taylor y Bodgan sobre análisis cualitativo de los datos.

De esta forma se obtuvieron 27 categorías que fueron agrupadas en 9 familias o categorías superiores.

RESULTADOS

Como adelantamos, del total de las entrevistas realizadas emergieron 27 categorías. Se establecieron relaciones y vinculaciones de pertenencia entre categorías dando lugar a 9 categorías mayores o familias.

De las 15 entrevistas, 9 fueron realizadas en la AECC y 6 en el Hospital de Día.

1. Demora

Una de las familias que emergieron durante el estudio de las entrevistas fue la demora del paciente desde que detecta los primeros signos y síntomas hasta que acude a su médico. También se creyó conveniente saber si los sujetos se habían planteado a priori la posibilidad de que el diagnóstico fuera un cáncer.

En los casos de la AECC la mitad fueron diagnosticadas gracias al Programa Gallego de Detección de Cáncer de Mama (PGDPCM), la otra mitad acudieron a su médico al notar los signos o síntomas.

Solo uno de los casos que fue diagnosticado gracias al PGDPCM piensa que puede ser cáncer antes de tener el diagnóstico médico y cuenta la angustia que siente cuando recibe la carta informativa: *"me llegó una carta que me asustó mucho, para la consulta de onco-gine, en la consulta 6 del Hospital Xeral... claro ves onco-gine y ya te acojonas, así de claro... es más, un día comiendo, antes de llegar ese día, pues me llamaron desde Santiago y me preguntaron si iba a ir. ¡Dios mío!, no te voy a pre-*

guntar a ti, que eres administrativa me imagino. ¡Me estáis preocupando muchísimo!”

Los sujetos del grupo de la AECC que acuden a su médico lo hacen ante un signo, un bulto en la mama. Hay un único caso que retrasa su visita con el médico porque “[...] a veces me notaba algo cuando la regla, pero luego se pasaba y tan tranquila. Pero es que no se pasaba. Al final me dio valor, porque soy una miedosa y fui al médico de cabecera.”

En el grupo de Hospital de Día hay tres casos que tardan en acudir al médico. En uno de ellos no hay ninguna sospecha de que se trate de un cáncer: “[...] adelgacé mucho, me encontraba muy delgado, muy flojo de fuerza... muy mal [...] pensé que era gripe, un catarro, no que fuera una enfermedad de este calibre”. En otro caso sí hay sospecha, sin embargo “luego me distraje y deje pasar los meses pero yo sabía que tenía algo no sé qué pasó que no fui, y cuando estaba esperando a acabar una serie de cosas en el trabajo y una serie de cosas. No se, me distraje”.

Un total de 8 personas tuvieron la idea de que podría tratarse del cáncer antes de tener el diagnóstico. Por otro lado, durante la entrevista 5 personas hacen referencia a la rapidez y el buen trato por parte del equipo que le trató, “fue muy rápido, la cosa fue muy rápida”, “yo me encontré con un personal maravilloso desde el primer día que empecé hasta ahora”.

2. Preocupación

Esta familia recogía una serie de categorías relacionadas con los primeros pensamientos que vienen a la mente del paciente cuando el médico anuncia el diagnóstico definitivo.

La preocupación más presente es la muerte. Un total de 10 sujetos reconocen haber visto en peligro su vida tras conocer el diagnóstico: “pues hija se me dio por ordenar los armario como una loca... si me muero que no digan que soy desordenada”, “te puede pasar, hay 10.000 cosas más aparte

de estas que te pueden mandar para el otro barrio”.

En segundo lugar estaría la familia por diversos motivos; en algunos casos por la reacción de ésta ante la noticia: “pensaba en cómo se lo iba a decir a mis padres que son mayores”; aunque la gran mayoría era en relación a problemas de manutención o por tener que dejar de trabajar: “que no era millerista, en mi caso se recorta más del 15% de lo que cobraba, es lo que te cambia más la vida, luego el verte impedido para hacer las cosas que hacías antes”.

En una de las entrevistas definen la noticia “como si me cayera encima un tsunami... aunque yo lo sospechaba y lo sabía, siempre tienes aquello de será bueno, será malo.”

Otro de los sujetos hace referencia a cómo le marcó las palabras por parte del médico cuando le anuncia que es cáncer y que tendrá que someterse a una intervención quirúrgica: “<Es mejor quitar la mama de un tijeretazo y punto pelota, es lo mejor para usted y se cura en salud>... todavía tengo las frases metidas en la cabeza.”

Un dato llamativo es la ausencia de preocupación por el físico en el grupo de asistentes al Hospital de Día, que puede estar en relación a mayor presencia de varones y al tipo de tumor.

3. Efectos del proceso de enfermedad

Una vez que “entras en esta dinámica”, como expresó uno de los entrevistados, surgen una serie de cambios en tu vida o incluso en tu forma de ser y de pensar, “entras en otra dimensión, en otro tipo de vida”. Entre los efectos que se pueden producir en esta etapa diferenciamos actitud, idea, rutina y lo que llamaremos “lo que es importante”.

Los pacientes entrevistados en el Hospital de Día hacen referencia a un cambio en su rutina habitual. Hay que tener en cuenta que los sujetos de este grupo están siendo tratados con quimioterapia; hacen referencias como “te cambian algunas cosas por culpa de esto (señala la medicación)

como, por ejemplo, el alcohol, el no hacer esfuerzos, el no coger peso...”, “<¿Quieres tomar algo para estar un poquito más contenta?>y yo le conteste ¡Ah! ¿Existe eso? ¿Puedo estar contenta en este momento? Porque es que para mí estar contenta en ese momento era imposible, imposible.”

Los sujetos de la AECC experimentan un cambio de actitud e ideas, donde el 100% han recibido tratamiento profesional por parte del personal de psicología de la asociación. En algunos casos fue necesaria la ayuda de un psiquiatra: “terminé en el psiquiatra y el psicólogo porque yo no me... no iba para arriba, me recetaron pastillas y poco a poco las fui dejando”.

Experiencias y conocimientos previos sobre esta enfermedad y el tratamiento conformaban una idea a priori que, en algunos casos, es diferente a la idea que tienen hoy en día, tras haber pasado por esta experiencia: “oye ahora estamos sobre informados, la televisión nos tiene sobre informados, pero claro hasta que lo sufres en primera persona”. Esta cuestión permitiría conocer si la información que está recibiendo la población se acerca a la realidad. La mayoría de los sujetos afirman tener una idea previa sobre esta enfermedad peor de lo que después han experimentado: “antes era un miedo... y ahora mira yo estoy aquí y como yo está mucha gente”, “Hay diferencia entre lo que se escucha ahí fuera y lo que pasa aquí dentro”, “Me horrorizaba la palabra, nos asusta lógicamente pero por suerte sé que de esto se sale.”

Hay dos sujetos que, al tener un desconocimiento previo no pueden comparar su experiencia con nada que hubieran escuchado anteriormente: “pues yo no sabía nada, porque no sabía lo que era la quimio. Siempre veía a mi amiga con un gotero por los pasillos, pero no sabía lo de la quimio”, “vas a lo desconocido no tienes idea de lo que es, tampoco había tenido nunca relación con nadie que hubiese tenido un cáncer de mama ni nada por el estilo. Entonces ni conocía [...] y



claro no sabes, es algo desconocido, no sabes cómo es la química.”

4. Afrontamiento

Los entrevistados hacen referencia a la mala acogida de la noticia en un primer momento, sin embargo no todos ellos afrontan la enfermedad de igual forma. Existen diferentes formas de hacer frente a esta situación que surge en el ámbito diario de sus vidas.

Quizás lo más llamativo sea la escasa presencia de la religión, con un único caso que además coincide con el entrevistado de mayor edad quien decía: *“yo digo que sea lo que Dios quiera, con tal de que me lleves al cielo”*. Cabe destacar que aunque utilice sus creencias religiosas para el afrontamiento de la enfermedad, no cree que el padecer esta enfermedad sea por voluntad de Dios: *“puede ser que tiene que pasar y pasa, y eso la voluntad de Dios no es”*.

Haciendo referencia a los otros dos tipos de afrontamiento (emocional y racional) vemos que es bastante igualitario.

5. Recursos para el afrontamiento de la enfermedad

El proceso de esta enfermedad, *“un camino un poquito duro”* que requiere,

en muchos casos, apoyo en otras personas o ideas, ya que *“el problema del cáncer es que no le ves la meta, es una carrera muy larga”*. Por esta razón se intenta identificar cuáles son los principales sistemas de apoyo que utilizan durante este periodo.

En los dos grupos el principal apoyo es a la familia, en algunos casos *“me dio la vida, yo creo que mi hijo me dio la vida”*, *“estaban muy pendientes de mí tanto mi familia como... me vi muy arropada”*, *“me apoyé en toda la familia, hermanos, suegros, padres, mis hijas, mi esposa, además mis hijas son ya mayorcitas”*.

Entre los usuarios de la AECC también destaca el apoyo profesional, concretamente por el equipo de psicólogas del que dispone la organización. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los participantes de la asociación acuden allí en busca de ayuda y apoyo profesional.

Es importante destacar que solo una persona refiere apoyarse en la fe que, como se citó en el apartado anterior, es la persona de mayor edad. Confía su futuro a la voluntad de Dios: *“que sea lo que Dios quiera, con tal de que me lleve al cielo. Si me dijera hoy de ir, voy, eh?”*

6. Idea del desencadenamiento de la enfermedad

Es difícil conocer cuál es la causa concreta que provoca el desencadenamiento de un cáncer, sin embargo se quiso conocer que factor creen los pacientes que originó o ayudó al desarrollo de su enfermedad. Sus respuestas abarcan desde ideas más comunes y demostradas, como son las sustancias químicas, hasta ideas que hoy en día no están reconocidas científicamente.

Los sujetos entrevistados en la AECC destacan la idea del azar, como respuesta cuando no se cumplen los factores de riesgo que ellos creían que favorecía el desarrollo de esta enfermedad: *“te dicen factores de riesgo. La obesidad, nunca tuve obesidad, fumar nunca he fumado [...] yo me he alimentado toda la vida muy sana porque ya es mi forma de ser [...] vida sana toda la vida nunca he tomado cosas, nunca he fumado, nunca he bebido, nunca no sé qué, porqué no lo sé [...] fue el azar, o sí, fue el azar.”*

El traumatismo como posible desencadenante también es una idea presente en los sujetos de la AECC. Uno de los entrevistados dice *“yo pienso que fue de un golpe que me di [...] yo pienso que esto afectó, porque estar*

tanto tiempo dándole cremas y con ese derrame ahí muy negro, a mí me pareció que fue de eso y no le dieron la atención que le tenían que dar.”

Las ideas de los entrevistados en el Hospital centran el origen de esta enfermedad más en el entorno, “a lo mejor trabajar fuera o dentro, el estrés, los alimentos malos que tomamos a veces, la comida que no está suficientemente limpia.”

A pesar de que el factor genético parecía tener poca relevancia esta fue la primera idea que tuvieron todos los individuos, aunque después la rechazaran por la inexistencia de casos anteriores en su familia. “No, yo creo que eso viene o es de familia, pero si mis abuelas no han tenido, mi madre tampoco y no han tenido mis primas, mis hermanas tampoco. Me toco el lote sí.” “Mira, siempre te dicen que antecedentes familiares de cáncer de mama, tengo tres hermanas y mi madre, ninguna de mis hermanas, y son mayores que yo, han tenido problemas de cáncer mama.”

7. Experiencia

El padecimiento de una enfermedad nunca es una buena experiencia, sin embargo en algunos casos se hace referencia a que este proceso ha traído consigo cosas positivas. “Tengo dos amigas que las conocí el día que ingresé en el hospital para operarme [...] y ya son amigas”, “en la tintorería te habían estropeado un abrigo y coges una rabieta enorme. Ahora no, ahora veo las cosas como bah, son tonterías.”

El número de experiencias positivas y negativas relatadas es prácticamente el mismo. Durante este período ha influido el papel del profesional sanitario de forma tanto positiva: “porque yo me encontré con un personal maravilloso, desde el primer día que empecé hasta ahora”; como negativa: “fue después cuando lo pasé mal [...] cambié de médico le pregunte que le parecía lo que tenía yo ahí, y entonces el oncólogo me dijo que no estaba bien operado. Ahí fue cuando me puse mal”.

Se hace especial hincapié sobre la información por parte del personal. “Te lo explican todo, yo no tengo más que agradecimiento”, “espero que los médicos, cirujanos hablen con los pacientes porque a mí no me informaron bien, me topé con un zulú y punto”. Y el trato: “yo fui testigo de las malas palabras de un médico [...] los pacientes necesitan mucho cariño, mucha compresión, mucha tolerancia...no palabras despotas”, “porque el personal y todo, fenomenal.”

Las peores experiencias se relacionan con el período de tiempo en el que recibieron quimioterapia. “Malos recuerdos por lo que es la quimio”, “la experiencia mía con la quimioterapia fue horrible, hay gente que la quimio la pasa bien, yo lo pase fatal, lo pase horrible, la peor experiencia de mi vida y lo pase horroroso y mi marido y mi hija, que son los que estaban en casa conmigo, saben lo mal que lo pasé”, “la quimio, es horroroso, yo lo comprendo, a mí me resultó desagradable, lo pase francamente mal.”

A pesar de esto, en algo más de la mitad de los casos la experiencia fue “a la larga positivo, yo lo veo bajo mi punto de vista [...] Te cambia la manera de pensar, ves quien está contigo y quien no está, ves la vida de otra manera, el haber llegado aquí, a la AECC es un lujo para mí...la gente que conoces aquí, eso lo veo muy positivo.”

8. Idea del cáncer

A diferencia de otras enfermedades el cáncer no es una enfermedad visible por sí misma, sin embargo nuestra mente tiende a crear una imagen, un concepto para que sea más fácil su comprensión. Al formularles esta cuestión aparecieron diversas asociaciones.

Por una parte tenemos la idea del cáncer como monstruo, un bicho, algo oscuro dentro del cuerpo, una visión metafórica del cáncer: “un monstruo [...] a mí me descolocó todo”, “piensas en lo negro que puede ser, en una nube negra”, “Lo dibujaría como una

cosa oscura”, “Sería como un bicho [...] yo me lo imagino como una cosa agresiva”. Existe así la idea del cáncer como un ser vivo que “empieza así pequeñito y se va extendiendo y se extiende. Empieza pequeñito y cada vez que pasa el tiempo va bajando y te invadiría todo el cuerpo”.

Por otro lado hay una visión biomédica del cáncer, como un grupo de células, un cangrejo o una herida. La imagen del cáncer como un cangrejo corresponde a dos de las personas de mayor edad: “como un cangrejo ¿no? Que te va comiendo... es al revés, más bien se expande ¿no?”; y la idea de las células común a dos de las pacientes más jóvenes “nuestro cuerpo está formado por células [...] a veces hay células que por distintos motivos pueden crecer de forma diferente y entonces ahí forman una enfermedad.”

El único caso que no responde da su razón por la cual no tiene una imagen: “Prefiero no dibujarlo, no quiero tenerlo en la mente”, “como imagen yo creo que es malo tenerlo en la cabeza yo creo que es contraproducente”.

9. Proceso de enfermedad

El último apartado de la entrevista hace referencia a como ha vivido el paciente el tiempo desde que le comunican el diagnóstico hasta el día de hoy, todo el proceso de pruebas, cirugía, hospitalización y tratamiento entre otras. Para ello se solicitó que se buscara una imagen que definiera esta etapa dentro de su vida.

La respuesta más escuchada es la del camino. Las ideas de esta etapa como un túnel, una bajada, una etapa oscura, tienen características muy similares; un momento en el que no ves nada ni a nadie, “hay que atravesarlo, hay que ver lo que hay detrás de eso...”

La segunda idea más repetida tenía significado bélico, entendiendo este periodo como una lucha entre el cáncer y el individuo, donde él debería ser más fuerte para terminar con la enfermedad, así pues escuchamos frases como: “me pusieron un reservo-

rio, pero bueno eso son medallas de la batalla”, “Si hay que ir a la guerra hay que ir, no te vas a esconder de las balas”.

La diferencia apreciable entre ambos grupos es que en la AECC hay una mayor variedad de comparaciones e imágenes que describen esta experiencia.

EJERCICIO ANALÓGICO

Con este último apartado se quería conocer cuál era la visión sobre ciertos términos relacionados con el cáncer. Para ello utilizamos el índice de polaridad, con la intención de evaluar la actitud implícita en el campo de las representaciones.

a. Datos de la aecc

La palabra Oncología es la única que tiene connotación positiva, les transmite confianza, tranquilidad y seguridad. Muchos de ellos hacen referencia al buen trato recibido por parte del personal y a la importancia de su apoyo durante esta etapa.

Por otra parte la idea que tienen sobre la radioterapia es mejor que la que tienen de la quimioterapia. Algunos casos ven este tratamiento como inofensivo: “bueno más suave que la quimio, no tiene secuelas y es más fácil de llevar”; totalmente contrario a lo que opinan de la quimioterapia que está caracterizada por el miedo, malas y duras experiencias: “la peor experiencia de mi vida, la peor, para mí la peor.” Sin embargo, en algunos casos, se percibe un cierto desconocimiento de qué es realmente la radioterapia.

Cabe destacar que además de la quimioterapia, también la alopecia y las náuseas tienen una connotación negativa. En algunos casos la propia palabra “quimioterapia” evocaba recuerdos de los mismos efectos secundarios o los remedios que utilizaron para evitarlos (en el caso de las náuseas) o para ocultarlos (alopecia). La mastectomía y la cirugía en general también tienen una mejor aceptación que la quimioterapia por ser considerado un tratamiento más efectivo. Sin embargo se observa una impor-

tante preocupación por la alteración del aspecto físico con palabras como marca, amputación o mutilación.

Destacar que la palabra metástasis no ha sido relacionada con ningún término positivo, siendo “el monstruo”, “muy negro”, “lo más grave”, “muerte, miedo no se primero miedo antes que muerte.”

b. Datos del hospital de día

En este caso la única palabra que tiene una connotación positiva es la radioterapia, mejor considerada que la quimioterapia y también que el tratamiento quirúrgico.

Como en el grupo anterior, las únicas palabras que tienen una connotación negativa son la palabra metástasis (que sigue sin ser relacionada con ningún término positivo) y quimioterapia, que en este caso solo es relacionado con términos negativos. La palabra metástasis fue relacionada con la idea de muerte y miedo, escuchando cosas como: “tal como es, estás acabado”, “es lo más grave”, “una mano que se va extendiendo por todo el cuerpo”. En el caso de la quimioterapia están muy presentes términos que la describen como una mala experiencia: “buff muy malos recuerdos”, “todo lo que conlleva la quimio, que es duro”.

El resto de palabras tuvieron una connotación neutra.

c. Datos totales

En conjunto la mayoría de las palabras tienen una connotación neutra. Esto nos muestra que la idea de estos aspectos presentes durante la enfermedad no es especialmente negativa, y que el tratamiento con quimioterapia es uno de los que más influye en los aspectos negativos de esta experiencia, y la metástasis como un potencial peligro que amenaza sus vidas.

En el caso del término Cuidados Paliativos la gran mayoría pidió que se le explicara el significado, dado que lo desconocía. Después de la aclaración relacionaron este término con la muerte, pero aun así algunos lo vieron como un alivio, aunque también estu-

vieron presentes las palabras miedo y tristeza.

CONCLUSIÓN

Las ideas previas al diagnóstico crean unas expectativas de la enfermedad peores a lo que después se vive en primera persona. Esto lleva consigo una serie de preocupaciones, en algunos casos innecesarias. De aquí que se plantee un cambio en estas ideas para evitar sentimientos de angustia y pérdida de control que la misma palabra origina. Se podría pensar que, si la experiencia de los pacientes oncológicos actualmente es mejor que antaño, la trasmisión de estas ideas ayudarán a mejorar las creencias que se tiene de la enfermedad.

De acuerdo con Susan Sontag, sugerimos que la solución es la desmitificación, adquiriendo un significado de enfermedad prevenible y curable.

A pesar de los avances científicos y tratamientos más efectivos contra el cáncer, la visión de esta enfermedad continua siendo muy similar a la que había en el siglo pasado. Esto nos hace plantearnos que se requiere un cambio global en el concepto de la enfermedad. La propia Real Academia Española de la Lengua incluye el significado metafórico del cáncer en una de sus acepciones: “proliferación en el seno de un grupo social de situaciones o hechos destructivos”. Además sería importante la colaboración por parte de los medios de comunicación, que aunque han avanzado evitando frases como “falleció de una larga y penosa enfermedad”, pueden aportar y ayudar en este proceso.

Se sugiere no solo identificar las metáforas y representaciones sociales sino también conocer las ideas específicas con las que se relacionan. Las ideas previas al diagnóstico son determinantes a la hora de afrontar la enfermedad, por lo que una visión y actitud positiva permitirá un mejor manejo de la situación y posibles consecuencias. Relacionado con esto se considera interesante el estudio de nuevos modelos de pensamiento,

estrategias de prevención y mecanismos para el manejo del primer impacto que supone, tanto para el paciente como para la familia, esta noticia.

Para poder llevar a cabo este cambio se considera indispensable la participación del personal sanitario, entre ellos los profesionales de enfermería, ya que los mis-

mos pacientes los consideran un apoyo importante y una fuente de información.

Todos estos planteamientos se consideran necesarios para eliminar ideas innecesarias que únicamente hacen esta experiencia más difícil y por tanto tienen como finalidad una mejor calidad de vida del paciente. ☺

RELACIÓN DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AECC: Asociación Española Contra el Cáncer.

PGDPCM: Programa gallego de detección precoz de cáncer de mama.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Susan Sontag. La enfermedad y sus metáforas. República Argentina: Taurus; 2003 [Fecha de consulta: 6/09/2013].
2. González María Isabel. CÁNCER Y TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: Representaciones sociales de la población general, el paciente oncológico y miembros del equipo de salud. Bolognas: Università di Bologna; 2013 [Fecha de consulta: 12/12/13].
3. Andrea Castaño Rodríguez y Ximena Palacios-Espinosa. Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. Psicooncología; 2013; volumen X (nº1). Páginas 79-93. [Fecha de consulta: 20/12/2013]
4. Francisco Cortés Gabaudan. Cáncer: la metáfora del cangrejo y sus calcos latino y árabe. Panace. Año 2012; volumen XIII (nº36). Páginas 289-290. [Fecha de consulta: 20/10/2013].

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Real Academia Española (2010). Diccionario de la lengua española (22aed.) Madrid, España. [Fecha de consulta 20/10/2013] Disponible en: <http://www.rae.es>
- 2) Organización Mundial de la Salud. Las causas de defunción, 2000-2011 [sede web] Ginebra: OMS; Junio, 2013- [Fecha de consulta 4/01/2014] Disponible en: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/2000_2011/en/index.html
- 3) Sociedad Española de Oncológica Médica [sede web]. España: SEOM; 31/1/2013-[Fecha de consulta 20/12/2013]. Disponible en: <http://www.seom.org/en/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104018-el-cancer-en-espana-2013>
- 4) Enrique Regidor y Juan L. Gutiérrez-Fisac. Patrones de mortalidad en España, 2010 [sede web]. España: Ministerio de sanidad: 2013. [Fecha de consulta

- 4/01/2014] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/mortalidadESP2010accesible.pdf>
- 5) Rodríguez, A. (2008). "Adiós a la "larga y penosa enfermedad". En <http://saludycomunicacion.wordpress.com/tag/cancer-y-metáforas/>. [Fecha de consulta: 16/04/2014]
- 6) Fidalgo, H. S. (2008). Representaciones sociales y metáforas del cáncer en los siglos XVII y XVIII. Antípoda. Colombia: 199-213. [Fecha de consulta: 12/12/2013]
- 7) Carlos D. Tajer. Metáforas para pensar la medicina. Revista Argentino de Cardiología. Año 2012; volumen 80 (nº 6) Páginas 496-504. [Fecha de consulta: 12/12/2013]
- 8) Andrea Castaño Rodríguez y Ximena Palacios-Espinosa. Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. Psicooncología; 2013; volumen X (nº1). Páginas 79-93. [Fecha de consulta: 20/12/2013]
- 9) Jenny Moix Queraltó. Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. Papeles del psicólogo. Año 2006; volumen XXVII (nº002). Páginas 116-122. [Fecha de consulta: 12/12/2013]
- 10) Francisco Cortés Gabaudan. Cáncer: la metáfora del cangrejo y sus calcos latino y árabe. Panace. Año 2012; volumen XIII (nº36). Páginas 289-290. [Fecha de consulta: 20/10/2013]
- 11) Castro, A. B. S. (2013). El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid, España. 10/02/2013]
- 12) Susan Sontag. La enfermedad y sus metáforas. República Argentina: Taurus; 2003 [Fecha de consulta: 6/09/2013]
- 13) George Lakoff y Mark Johnson. Metáfora de la vida cotidiana. Segunda Edición. Madrid: Catedra; 2001. [Fecha de consulta 20/10/2013]. Disponible en: <http://linguisticaunlp.files.wordpress.com/2012/11/lakoff-y-johnson.pdf>

- 14) Luxardo N. Entre la narrativa y la vivencia: lecturas a partir del cáncer. Estudios Sociales Nueva Época. 2008:95-114.[Fecha de consulta: 12/12/2013]
- 15) González María Isabel. CÁNCER Y TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: Representaciones sociales de la población general, el paciente oncológico y miembros del equipo de salud. Bolognas: Università di Bologna; 2013 [Fecha de consulta: 12/12/13]
- 16) Lic. Ibette Alfonso Pérez. Teoría de las Representaciones sociales [sede web] Cuba: Psicología Online; 2013. [Fecha de consulta 25/10/2013] Disponible en: http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml
- 17) El surgimiento de la Medicina Científica. El siglo diecinueve [sede web]. SEED- [Fecha de consulta 19/12/2013] Disponible en: <http://www.planetseed.com/es/relatedarticle/el-surgimiento-de-la-medicina-cientifica-el-siglo-diecinueve>
- 18) Sandra Strikovsky. La enfermedad y sus metáforas. Replicante [revista en internet] Octubre, 2010. [Fecha de consulta 4/01/2014] Disponible en: <http://revistareplicante.com/la-enfermedad-y-sus-metáforas/>
- 19) Rubio Pilarte J. El camino recorrido por la Enfermería Oncológica. Enfermería Oncológica (revista de la SEEO). Nº 4. Diciembre, 2010; 21-25
- 20) Llopis Francisca, P. L., Fernández Paz (2010). La experiencia del cáncer y su tratamiento desde un hospital de día de Girona. Relato biográfico de cuatro pacientes inmigrantes. 12: 6-12. [Fecha de consulta: 4/01/2014]
- 21) Tarditi, G. (2013). Las emociones y el cáncer. [Fecha de consulta: 20/02/2014] Marcos Peluffo. La metáfora de la malignidad en medicina. Revista Logos. Junio 2004. [Fecha de consulta: 20/02/2014]

Familia	Categorías	
Experiencia	Positiva	
	Negativa	
Demora	Si	
	No	
Afrontamiento	Emocional	
	Racional	
	Religioso	
Recursos para el afrontamiento de la enfermedad	Apoyo familiar/social	
	Apoyo profesional	
	Fe	
Preocupación	Familia	
	Físico	
	Muerte	
	Proceso de curación	
	Otro	
Efectos del proceso de enfermedad	Rutina	
	Idea	
	Actitud	
	En lo que es importante	
Factor desencadenante	Azar	
	Causa hormonal	
	Factores psicológicos	
	Genética	
	Golpe	
	Radiaciones	
	Patología previa	
	Químicos	
Metáfora	Biomédica	
	Metáfora	
Proceso de enfermedad	Camino	
	Carga	
	Meta	
	Significado bélico	



Coordinadora de Investigación en Enfermería en el Instituto Catalán d'Oncología - ICO. Barcelona, Badalona y Girona. Profesora asociada a la Universidad de Barcelona.

Recientemente ha obtenido el galardón **Lifetime Achievement Award**, que otorga la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica EONS.

El premio reconoce a los profesionales que a lo largo de su trayectoria han actuado como líderes inspiradores para otras enfermeras oncológicas y sus logros han contribuido a la Enfermería Oncológica en el ámbito europeo. El acto de entrega tuvo lugar en Estambul en el marco del IX congreso de la EONS.



Entrevista a...

PAZ FERNÁNDEZ ORTEGA

Paz Zabaleta

¿Dónde realizaste tus estudios de Enfermería?

Yo inicié primero estudios como Psicóloga clínica, era 1976 era mi vuelta de USA, donde estudié durante 1 año con una beca de intercambio. Esta beca fue decisiva para mí como persona y como profesional. Se ha de tener en cuenta el momento y fecha de 1975, en aquel tiempo no era común viajar y/o estudiar fuera, decididamente movilizó mi espíritu, ya de por sí inquieto y viajero.

En mi tercer curso de Psicología, decidí que era el momento para tener mayor contacto con los enfermos, que necesitaba pasar de lo teórico a la práctica e inicié la Diplomatura enfermera. Se dio casi por casualidad, por una amiga enfermera que siempre me hablaba de su trabajo y me motivó a probar. En seguida supe que había escogido bien y en 1981 acabé mis estudios de Diplomado de Enfermería en la Escuela Universitaria del Mar de Barcelona. Así

que mi trayectoria ha sido algo inversa a muchas de mis compañeras.

¿Cuál es tu formación postgrado?

Creo firmemente en la necesidad de una formación continuada. De hecho en mi trayectoria he recorrido un largo camino formativo con diferente formación postgrado en Psicología. Además dentro de enfermería, soy especialista en Salud Mental, formación Postgrado en Gestión y administración enfermera, también en enfermería oncológica. Posteriormente, realicé el Master interdisciplinar en Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud.

He sido estudiante en el programa para doctorandas europeas de la EANS (European Academy of Nursing Science), de la que actualmente soy Scholar y participo en grupo de investigación europeo. Realicé mis estudios superiores de suficiencia investigadora DEA, en la Facultad de Psicología y actualmente estoy en el programa de doctorandas en Ciencias

enfermeras de la Universidad de Barcelona (UB).

En tu trayectoria profesional en enfermería oncológica has desarrollado las diferentes funciones, asistencial, docente, investigadora y administrativa, ¿podrías describirlas brevemente?

Como enfermera del ámbito oncológico he recorrido diversas áreas: he sido enfermera asistencial en unidades de hospitalización y de radioterapia y he trabajado también en hospital de día. Como he explicado me inicié en este ámbito hace 30 años en 1985, en el Instituto Policlínico Platón de Barcelona. También he sido gestora, supervisora durante un año y he trabajado 9 años como enfermera del programa de atención domiciliar para enfermeros avanzados en Barcelona. En el 2002, la dirección de mi institución I.C.O – Instituto Catalán de Oncología, me ofrece potenciar y diseñar la investigación enfermera en cuida-

dos de la institución y es desde entonces que me dedico a ello. Actualmente formamos parte del grupo emergente acreditado AGAUR en investigación del IDIBELL.

¿Cómo ha evolucionado la Enfermería Oncológica en los últimos 30 años?

Sí, ha habido un gran cambio. Yo comencé en 1985 y ¡justo este año cumpla 30 años en Oncología!. El cambio ha sido muy positivo. Creo que se debe a 3 factores:

En primer lugar el abordaje social hacia la enfermedad del cáncer misma ha sido radical. Las personas encarar mejor la enfermedad y la sociedad lo hace de manera más abierta. La prevención ha comenzado a presentar los beneficios que aporta y las enfermeras estamos pivotando dentro de todo este contexto como profesionales claves. Recuerdo el sentimiento catastrofista en mis inicios como enfermera oncológica, también yo misma lo tuve que superar. En las unidades oncológicas, las enfermeras no querían trabajar. Era muy duro y generalmente poco reconocido.

En segundo lugar el propio desarrollo de la enfermera, que ha madurado mucho. Sabemos cuál es nuestro rol y además percibimos cuán importante es nuestra contribución al proceso de atención al paciente con cáncer. Es esencial nuestro rol en la educación al paciente, familia y sociedad. Ahora es un gran momento y debemos tomar rienda y responsabilidad en ello.

En tercer lugar, pero no por ello el menos importante, el desarrollo de la investigación oncológica clínica. Hemos avanzado en la investigación básica, conocemos mejor como actúan a nivel molecular, en la prevención, en los tratamientos, en las medidas de soporte y en la rehabilitación, en los cuidados a la persona en su última etapa de vida, así como en la supervivencia. Este cambio ha sido espectacular y aún tendremos mucho por ver. Creo que en cada una de estas etapas las enfermeras oncológicas tienen una oportunidad única de demostrar que su rol y su función son vitales, intervienen en la mejora de los resulta-

dos de salud y contribuyen claramente en los resultados del proceso asistencial.

¿La enfermera oncológica tiene en la actualidad la suficiente formación para investigar?

Esta pregunta la orientaría en positivo. Nunca se estará preparado si no se comienza y este camino ya se ha iniciado, ¡a partir de ahora será imparable!. Aquí quisiera echar la vista atrás a la mentora inicial de la enfermería oncológica española que fue M. Dolores Soler, insistía siempre en empezar con pequeños pasos, acercarnos a cuestiones que surgen de la práctica de nuestro día a día, en nuestras unidades. Y tiene toda la razón. También otras enfermeras oncológicas españolas desde los mismos inicios contribuyeron a ello, personas como Amelia de León y el grupo de Salamanca o el grupo de Granada, fueron personas que en los inicios de la Sociedad ya tenían claro que la investigación era importante. Las enfermeras oncológicas ya han iniciado este camino y son unas de las que más y mejor investigan junto con las unidades de intensivos, las enfermeras de cardiología y... no quiero dejarme a nadie, también las de Salud Mental.

La formación en investigación, es un proceso de toma de decisión personal. Parte de aquellas personas que quieren ir más allá o que quieren promover cambios. Investigar para cambiar en sentido positivo. "Investigar para avanzar".

¿Cuáles son las dudas o preguntas más frecuentes que realizan las enfermeras oncológicas antes de realizar un estudio de investigación?

Las dudas iniciales suelen ser de orden metodológico. Las enfermeras tienen magníficas ideas, pero no sabe cómo llevarla a cabo. Esta es una de mis funciones primordiales de mi posición e incluye la incentivación y motivación para investigar.

¿Cómo está la investigación en Enfermería Oncológica en nuestro país con respecto a Europa?

He tenido la inquietud personal y la oportunidad de visitar diversos centros onco-

lógicos europeos e internacionales como el Beatson Oncology centre de Glasgow, el Royal Marsden de Londres, o centros de Holanda, también en USA el Memorial Sloan Kettering de New York, el Dana Farber de Boston o el MD Anderson de Houston y el Princess Margaret y el Sunny Brook de Toronto en Canadá, cuando conoces otras realidades puedes también tener parámetros para compararnos y saber cómo y dónde nos situamos en este camino. Tenemos muchos puntos comunes y problemas comunes, pero también ellos tienen un largo camino ya desarrollado de unos 15 años de adelanto mínimo en el área de la investigación en cuidados. Ellos apuestan más por investigar, dedican más recursos y tiempo, ya que entienden la investigación como el motor de avance que repercute directamente en resultados. Saben que investigar aporta beneficio para los enfermos, para los profesionales y para las instituciones. Ya se ha demostrado como repercute el cuidado enfermero en datos tan objetivos como las tasas de mortalidad o de morbilidad. (L. Aiken).

¿Existen más ayudas para la investigación en Enfermería Oncológica en Europa?

Mi opinión sobre las ayudas es que deben partir no solo de las propias instituciones, sino también de las sociedades científicas y de los gobiernos. Las ayudas europeas tienen que cubrir aquellos estudios que tienen implicaciones inter-países, que sobrepasan lo nacional. Existen ayudas, si existen y animo a las enfermeras oncológicas españolas a pensar en un sentido más global y europeo. Las nuevas generaciones en eso lo tendrán más fácil. Tendrán que aprender y trabajar de forma más global y no solo europeo, sino internacional, por supuesto.

El galardón ha querido reconocer mi trabajo en Europa. Creo, sinceramente que he aportado a mis colegas la perspectiva de qué se hace en nuestro país, he insistido repetidamente para que hubiera representantes españoles en proyectos europeos. Quisiera que mantuviéramos siempre este nivel de colaboración. 🇪🇺

Felicidades por el galardón Paz.



Precisión de las básculas para el peso de personas en hospitales y farmacias en Vigo

Autores: Lara Boo Gil. Enfermera

Contacto: iagorodriguez16@hotmail.com

RESUMEN

El peso es una magnitud de gran importancia en el ámbito sanitario, en concreto en el campo de la Oncología es parte

fundamental en el cálculo de las dosis de los tratamientos antineoplásicos. De ahí la importancia de comprobar la precisión de las básculas que se utilizan

en estas determinaciones, como queda demostrado en los resultados obtenidos en este estudio.

INTRODUCCIÓN

Se denomina precisión a la capacidad de un instrumento de dar el mismo resultado en mediciones diferentes realizadas de la misma manera¹. Y se trata de un concepto de gran relevancia en el ámbito sanitario.

Es muy frecuente que los pacientes manifiesten sorpresa o desacuerdo sobre las

medidas de las básculas en las que se pesan, tanto en el medio hospitalario como en farmacias o en sus propios domicilios.

El peso de una persona y su altura se usan para realizar el cálculo de su índice de masa corporal, dato importante para varias cuestiones: conocer el estado nutricional de las personas, realizar el diagnóstico de normopeso, sobrepeso u

obesidad, calcular dosis de tratamiento² como la quimioterapia.

Por consiguiente, si las diferencias que imaginamos en la precisión de las básculas fuesen reales, podríamos estar haciendo diagnósticos inadecuados o cometiendo errores en el cálculo de dosis de fármacos que podrían producir morbilidad³.

Hospital Xeral	27 básculas	12 mecánicas	12 en Consultas Externas
		15 electrónicas	15 en plantas hospitalización
Hospital Meixoeiro	27 básculas	4 mecánicas	13 en Consultas Externas
		23 electrónicas	14 en plantas hospitalización
Farmacias	11 básculas	1 mecánica	
		10 electrónicas	

Tabla 1.

Peso en básculas digitales: 70,1±0,7 kg	p=(0,13)
Peso en básculas mecánicas: 70,4±0,8 kg	

Tabla 2.

Rango de peso: 6 kg	Más alto: 74 kg.
	Más bajo: 68 kg.

En nuestro entorno existen dos tipos de básculas utilizadas para el pesado de personas: las básculas de funcionamiento electrónico, entendiéndose como tales todas aquellas máquinas cuyo funcionamiento se realiza mediante transductores y software; y las básculas de funcionamiento mecánico, que son aquellas que usan contrapesos, pesas, resortes y engranajes.

OBJETIVOS

Para la realización de este estudio nos hemos planteado los siguientes objetivos:

1. Establecer la precisión de las básculas utilizadas para el pesado de personas en los hospitales y los despachos de farmacia de la ciudad de Vigo.
2. Analizar si existen o no diferencias en la medida de las básculas electrónicas y las mecánicas.
3. Evaluar si existen o no diferencias de medida entre las básculas hospitalarias y las básculas de los despachos de farmacia de Vigo.
4. Determinar la existencia o no de diferencias de medida en las básculas de los dos grandes hospitales de la ciudad de Vigo.
5. Comprobar si existen o no diferencias en la medida de las básculas ubicadas en las plantas de hospitalización y aquellas situadas en las consultas externas de los dos grandes hospitales vigueses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el pesado de una misma persona en tres ocasiones consecutivas en cada una de las básculas de la muestra, obteniéndose posteriormente la media de estas tres medidas. En todos los casos se registró también el tipo al que pertenecía la báscula (electrónica o mecánica) y su ubicación. Se realizó un muestreo consecutivo de todas las básculas utilizadas para el pesado de personas en los dos mayores hospitales del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) de la ciudad de Vigo, y un muestreo aleatorio de las básculas de 11 oficinas de farmacia del área urbana de dicha ciudad. Se excluyó de la muestra a todas las básculas que no estuviesen operativas durante la mañana que se realizaron las medidas.

Durante el tiempo de las mediciones, que se prolongó durante 6 horas, la persona que realizó las medidas no ingirió alimento alguno ni fue al baño en ninguna ocasión. La primera y la última pesada de todo el proceso se realizaron en la misma báscula para establecer la pérdida de peso que se hubiese podido producir a lo largo del tiempo empleado en las pesadas.

Las variables cuantitativas estudiadas se expresan en el texto como media ± desviación estándar. Las comparaciones entre variables se han realizado usando

el test t de Student y el test ANOVA de un factor para medidas independientes.

RESULTADOS

El Hospital Xeral de Vigo dispone de 27 básculas, de las cuales 12 se hallan en Consultas Externas y 15 están situadas en las plantas de hospitalización; 15 son electrónicas y 12 mecánicas. Por su parte el Hospital Meixoeiro posee 27 básculas, 13 de las cuales se encuentran en Consultas Externas y las 14 restantes en las plantas de hospitalización; 4 son mecánicas y 23 electrónicas. De las farmacias de Vigo se obtienen 11 muestras: excepto una de ellas, todas son básculas electrónicas. *(La totalidad de estos datos se refleja en la tabla 1)*

El peso obtenido en las básculas digitales fue 70,1 ± 0,7 kg y el peso en las básculas mecánicas 70,4 ± 0,8 kg (p = 0,13). *(Tabla 2).*

El peso obtenido en las básculas del Hospital Xeral fue 70,5 ± 0,9 kg; en las básculas del Hospital Meixoeiro 69,8 ± 0,5 kg; y en las oficinas de farmacia 70,0 ± 0,2 kg. $F(2,65) = 5,27$; $p = 0,008$. Las probabilidades de error fueron $p = 0,006$ al comparar el peso en las básculas del Hospital Xeral con el peso en las básculas del Hospital Meixoeiro; $p = 0,195$ al comparar Hospital Xeral con Farmacias; y $p = 0,801$ al comparar Hospital Meixoeiro con Farmacias. *(Tabla 3)*

Comparando	Hospital Xeral	Peso: 70,5 ± 0,9 kg	Probabilidad de Error: 0,006
	Hospital do Meixoeiro	Peso: 69,8±0,5 kg	
	Hospital Xeral	Peso: 70,5 ± 0,9 kg	Probabilidad de Error: 0,195
	Farmacias	Peso: 70,0±0,2 kg	
Hospital Meixoeiro	Peso: 69,8±0,5 kg	Probabilidad de error=0,801	
Farmacias	Peso: 70,0±0,2 kg		

Tabla 3.

El peso obtenido en las básculas localizadas en las plantas de hospitalización de ambos hospitales fue $70,3 \pm 1,0$ kg; en las básculas localizadas en las consultas externas de dichos centros $70,1 \pm 0,5$ kg; y el peso en las básculas de las farmacias $70,1 \pm 0,2$ kg. $F(2,65) = 0,52$; $p = 0,594$.

Al dividir la muestra por cuartiles de peso, el peso del primer cuartil fue $69,5 \pm 0,4$ kg; el del segundo cuartil $69,9 \pm 0,1$ kg; el del tercer cuartil $70,2 \pm 0,1$; y el del cuarto cuartil $71,1 \pm 1,0$ kg $F(3,64) = 24,5$; $p < 0,01$. La probabilidad de error fue $p = 0,003$ al comparar el peso del primer y el tercer cuartiles y $p < 0,001$ al comparar el primer y el cuarto cuartiles.

CONCLUSIONES

- Existen deficiencias en la determinación de la medida del peso en los instrumentos usados para el pesado de personas en los hospitales y en las oficinas de farmacia de Vigo, de lo que se deduce que (no todas) las básculas son precisas.
- No hemos encontrado diferencias significativas en la medida del peso entre las básculas que disponen de función mecánica o electrónica: su precisión es similar.
- No hemos hallado diferencias significativas al comparar la medida del peso de las básculas usadas en los hospitales con las básculas de las oficinas de farmacia
- La medida del peso de las básculas del Hospital Xeral es significativa-

mente mayor que la misma medida en las básculas del Hospital Meixoeiro.

- No hemos encontrado diferencias significativas al comparar la medida del peso de las básculas situadas en las plantas de hospitalización con aquellas ubicadas en las consultas externas de los dos mayores hospitales de Vigo.

DISCUSIÓN

Revisada la literatura médica, no se ha encontrado trabajo alguno que estudie la precisión de las básculas usadas para el pesado de pacientes. No podemos, por tanto, hacer comentario alguno sobre la concordancia o discordancia de nuestros datos con otros precedentes. Entendemos que, de forma general, se da por hecho que el calibrado ocasional de las básculas mecánicas en su lugar de utilización –en nuestro caso los hospitales y las oficinas de farmacia– puede parecer suficiente a aquellos responsables de su uso. Por otra parte desconocemos en qué forma se calibran las básculas electrónicas, si es que se hace en algún momento.

Entendemos que una de las limitaciones de las conclusiones de nuestro trabajo es el tamaño muestral resultante. Es probable que la falta de significación estadística en algunas comparaciones sea la consecuencia de este tamaño muestral pequeño, especialmente en lo referente a algunos tipos de básculas. Sin embargo, dado que es fundamental para un estudio como éste que sea siem-

pre la misma persona la que se pese en todas las básculas y en las mismas condiciones, el número de básculas que es posible comprobar es inevitablemente limitado: es dudoso que alguien pueda dedicar mucho más de las 6 horas que la investigadora ha dedicado a pesarse sin ir al retrete o sin comer o beber.

Otra limitación que reconocemos en nuestro estudio es el hecho de que el número de básculas de las oficinas de farmacia es significativamente menor que el de las básculas hospitalarias. Se ha hecho así porque es fácil pesarse en un número elevado de básculas concentradas en un mismo edificio, pero más difícil hacerlo cuando es necesario desplazarse grandes distancias.

También entendemos que puede haber sido una fuente de sesgos de nuestro estudio el hecho de que la muestra de oficinas de farmacia se ha seleccionado, aunque aleatoriamente, sólo de aquellas oficinas del núcleo urbano de Vigo.

No podemos asegurar que nuestras conclusiones puedan extenderse a las básculas de las oficinas de farmacia del extrarradio de la ciudad, aunque creemos que no debería haber diferencias entre las básculas de oficinas de farmacia urbanas y rurales, pues interrogando a dueños de varias oficinas de farmacia rurales, nos han asegurado que el tipo de báscula que ellos usan es similar al de sus colegas (datos no publicados).

Un punto fuerte de nuestro trabajo es el método usado para las medidas: cada una de ellas es la media de tres pesadas consecutivas de la misma persona. La báscula usada para el primer peso y para el último fue la misma, algo que nos permitió descartar variaciones en el peso consecuencia de la pérdida de peso –debido a la transpiración– de la persona que hizo las medidas.

El primer dato que nos llamó la atención fue el rango de los pesos (6 kg), que corresponde aproximadamente con el 10% del peso de la persona que hizo las medidas. Un porcentaje notable. Esta magnitud de la diferencia se confirmó al dividir los pesos por cuartiles: no sólo eran significativamente distintos los pesos del primer y cuarto cuartil, sino también los pesos del primer y el tercer cuartil; algo que señala una diferencia grande.

Nos ha sorprendido comprobar que la precisión de las básculas mecánicas y de las digitales es similar. Quizás esta sorpresa sea en parte fruto de un prejuicio, bastante generalizado, que supone una cierta superioridad a las básculas mecánicas; y en parte por el hecho de que las básculas mecánicas pueden en cierta medida calibrarse *in situ* usando un sistema de contrapesos que la propia báscula tiene, algo imposible en las máquinas electrónicas.

También ha llamado la atención comprobar que en uno de los dos hospitales

el porcentaje de básculas mecánicas y digitales es similar, mientras que en el otro hospital el porcentaje de básculas digitales es significativamente mayor que el de las mecánicas. Entendemos que es la consecuencia del tiempo –muy distinto– que llevan en funcionamiento ambos centros: las básculas mecánicas son especialmente frecuentes en el hospital más antiguo. Probablemente esto habla bien de su resistencia.

El peso de una persona en las básculas del Hospital Xeral de Vigo es significativamente mayor a su peso en las básculas del Hospital Meixoeiro. Una circunstancia que puede provocar deficiencias en la realización de diagnósticos –calificando de obeso a un paciente que no lo es, o al contrario– y en el cálculo de las dosis de determinados fármacos –como ocurre con la dosis de los antineoplásicos–. Por lo cual el Sistema de Salud debería considerar mejorar la precisión de las básculas de sus hospitales.

Desgraciadamente, no podemos saber qué medida es la real –la de las básculas del Hospital Xeral o las del Meixoeiro–. El análisis de la exactitud de la medida de las básculas exige tener un peso calibrado por un organismo oficial de pesas y medidas, y nosotros no disponemos de tal cosa. Sería probablemente un buen punto de partida para un estudio futuro.

Al diseñar el estudio, esperábamos encontrar diferencias en el peso de las básculas hospitalarias y las de las ofici-

nas de farmacia. En parte influidos por los comentarios de los pacientes en las consultas de enfermería, y en parte dando por hecho una mayoría de básculas mecánicas en el ámbito hospitalario –como así ha sido–. No hay tales diferencias, y eso refuerza la fiabilidad del uso de medidas del peso realizadas fuera del ámbito hospitalario para la realización de diagnósticos y la instauración de tratamientos.

Tampoco hay diferencias entre las medidas de las básculas de las plantas hospitalarias y aquellas de las consultas externas; aunque, con excepciones, las primeras se usan de forma más intensiva que las segundas. Un dato más a favor de la resistencia de las máquinas del Sistema de Salud.

Finalmente entendemos que este estudio podría completarse añadiendo a las básculas estudiadas aquellas que los habitantes de Vigo tienen en su domicilio. Frecuentemente los pacientes se quejan de las diferencias de las medidas de sus básculas comparadas con las de las instituciones sanitarias. Los resultados podrían ser sorprendentes como lo fueron en cierta medida los del presente estudio. ➔

BIBLIOGRAFÍA

1. Hulley S., Cummings S. Designing clinical research. 1998. Editorial Williams and Wilkins. Baltimore.

2. Pai M. P., Barden D. T. Antimicrobial dosin considerations in obese adult patients. *Pharmacotherapy* 2007;27(8):1081-91.

3. Cabezas Cerrato, J. Hipoglucemia en la diabetes, fisiopatología, clínica y tratamiento. *Medicine*, 2004; 17 (9):1029-1033.



Nuestr@s compañer@s de...

Hospital Universitario LA PAZ. Madrid



Rosabel Escamilla y Manuel Olivares

El Hospital Universitario La Paz, como la gran mayoría de los hospitales españoles, dispone de una Unidad de Oncología/Hospital de Día en la que el paciente oncológico recibe una atención especializada, se le administra tratamiento quimioterápico de forma controlada y se le hace seguimiento.

Recientemente se ha anexionado la Unidad de Hematología/Hospital de Día donde se atiende al paciente hematológico, quedando así constituida la Unidad Onco – Hematológica.

En los últimos años se ha experimentado un incremento en el número de tratamientos quimioterápicos ambulatorios. Los motivos son entre otros, que la quimioterapia está en claro desarrollo y continuamente aparecen nuevos fármacos. Se han incrementado las indicaciones terapéuticas en numerosos tumores que hasta la fecha carecían de fármacos activos para su tratamiento, y además, están surgiendo fármacos no quimioterá-

picos que mejoran la tolerancia y el control de la toxicidad de estos tratamientos. Con todo se evita la hospitalización, se mantiene al paciente en su entorno familiar, y además se reducen costes. La Unidad Onco – Hematológica está ubicada en el edificio dotacional, con dos accesos acondicionados para personas con movilidad reducida.

ESTRUCTURA ORGÁNICA

- 7 médicos Especialistas en Oncología Médica y 7 médicos especialistas en Hematología.
- 20 enfermeras.
- 17 auxiliares de enfermería.
- 2 secretarías / 2 Auxiliar administrativo.
- 1 celador.
- Trabajador Social. Contamos con las dos que hay en el Hospital.
- Voluntarios de la AECC en régimen de colaboración.

El carácter docente de la unidad se concreta en los ámbitos de pre-grado de la Escuela de Enfermería y post-grado MIR.

Además de en la formación continuada de los profesionales de la Unidad.

La unidad funciona en horario de mañana y tarde, de ocho de la mañana a nueve de la noche.

DISTRIBUCION DE ESPACIOS

- 7 salas de consulta de oncología y 7 salas de hematología.
- Área de atención a pacientes ambulatorios (Hospital de Día), con espacio para:
 - 48 puestos de atención dotados de sillones ergonómicos, con posibilidad de conexión a toma de oxígeno y vacío y 4 camas.
- 6 baños.
- 3 consultas de Enfermería.
- Habitación habilitada con 2 camas utilizada para tratamientos especiales: instilaciones vesicales, pacientes hematológicos en los primeros cien días post trasplante.

En la actualidad se atienden alrededor de 32.000 pacientes anualmente. 🌱



FRACASO RENAL

DESCRIPCIÓN

La insuficiencia renal aguda (IRA) se define como un incremento en la concentración de creatinina sérica (aumento relativo del 50%) o aumento absoluto de 0,5 a 1,0 mg/dL). En los pacientes oncológicos las causas más frecuentes del fallo renal son las infecciones, la toxicidad por quimioterapia y las complicaciones derivadas del propio tumor. La insuficiencia renal aguda se clasifica en oligúrica (<400 ml orina en 24 horas) y no oligúrica (>400 ml/24 h).



ETIOLOGÍA

En la anamnesis se debe interrogar sobre la existencia de diarrea, vómitos o sangrado, que pueden orientar hacia una depleción de volumen. Es importante conocer enfermedades concomitantes, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras entidades que puedan empeorar la función renal. Hay que registrar el uso de fármacos potencialmente nefrotóxicos, drogas o datos del daño muscular. Suele clasificarse la insuficiencia renal en 3 grupos: prerrenal, renal y postrenal.

IRA prerrenal

Depleción de volumen: hemorragias, pérdidas digestivas, insuficiencia cardíaca, quemaduras, sepsis, cirrosis hepática, hipercalcemia.

IRA renal

Necrosis tubular aguda: fármacos (cisplatino, metrotexate, antibióticos), hipotensión o shock, sepsis, rabdomiólisis, hemólisis.

Lesiones de grandes vasos: trombosis y embolia renal, trombosis venosa bilateral, ateroembolia, vasculitis.

Lesiones glomerulares y/o de pequeños vasos: glomerulonefritis agudas, vasculitis, hipertensión maligna.

Lesiones tubulointersticiales: nefritis alérgicas, infección.

IRA postrenal

Obstrucción del cuello vesical, cálculos en la vejiga.

Hipertrofia de próstata.

Obstrucción uretral por compresión: tumores abdominales, fibrosis retroperitoneal.

Nefrolitiasis: necrosis papilar con obstrucción.

Pruebas complementarias

- Análisis de sangre.
- Análisis de orina.
- Radiología: radiografía de abdomen, ecografía abdominal, pielografía y TAC (para descartar causas obstructivas) y TAC Helicoidal, arteriografía o angi resonancia (para descartar patología vascular).
- Cistoscopia.
- Biopsia renal.

SÍNTOMAS

Inicialmente pueden aparecer signos y síntomas relacionados con la causa precipitante, pero más tarde se presentan manifestaciones típicas de la insuficiencia renal.

Los pacientes pueden sufrir:

- Sobrecarga de volumen.
- Hipertensión.
- Edema pulmonar.
- Cambios en el estado mental o síntomas neurológicos (estupor y coma).
- Náuseas y vómitos.
- Molestias osteomusculares.
- Anemia.

TRATAMIENTO

Es especialmente importante la prevención del daño renal. En el caso del uso de cisplatino es necesaria una adecuada hidratación antes, durante y tras su administración, con atención especial a las alteraciones electrolíticas. Con el metrotexate a altas dosis además de estas medidas es preciso mantener un pH urinario <7 y monitorización de niveles sanguíneos en 24 y 48 horas.

Según el tipo de insuficiencia renal varía el tratamiento:

- *Insuficiencia prerrenal.* Es frecuente como consecuencia de diarrea asociada a fármacos como 5-fluorouracilo, capecitabina o irinotecan. Por tanto, debe encaminarse a controlar la diarrea con loperamida, octreótido 0,05-1 mg/8h y reponer las pérdidas con suero y electrolitos.
- *Insuficiencia renal.* Valorar si existe depleción de líquido y reponerlo en caso necesario. Diuréticos: manitol, furosemida, dopamina. Es preciso tratar la acidosis y alcalosis, y los trastornos electrolíticos.
- *Insuficiencia postrenal.* El tratamiento fundamental consiste en resolver la causa de obstrucción, mediante sondaje urinario, catéter "doble J" o nefrostomía. En casos de compresión extrínseca de uréter o vejiga la obstrucción puede mejorar con quimioterapia, radioterapia o cirugía descompresiva.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Reconocer los signos y síntomas de fracaso renal para su temprana detección y la aplicación de medidas efectivas.
- Manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

Vicente V., Camps C., Carulla J., Casas A. M., González M. Guía de práctica clínica en cuidados continuos. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2006, p.171.





Antonio Zamudio



HALLAN UN SUPRESOR TUMORAL EN CÁNCER DE PULMÓN

La inactivación del gen PARD3 promueve la proliferación celular y la metástasis en este tipo de tumor de pulmón. ■



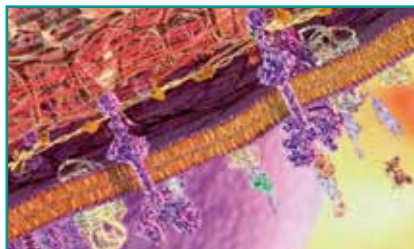
UNA COMBINACIÓN MEJORA LOS RESULTADOS EN LINFOMA MALT

La combinación de bendamustina y rituximab debería ser el tratamiento de referencia en este tipo raro de linfoma. ■



IBRUTINIB MUESTRA POTENCIAL CONTRA EL CÁNCER DE PÁNCREAS

Un grupo del VHIO descubre que este fármaco tiene un efecto sobre el estroma y potencia el efecto de la terapia. ■



RAMUCIRUMAB ELEVA LA SUPERVIVENCIA EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

Combinado con la estrategia quimioterápica conocida como Folfiri. En progresadores a la terapia estándar de primera línea. ■



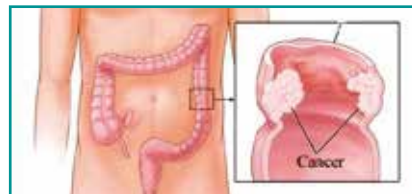
LA RM AYUDARÍA COMO CRIBADO EN TUMOR PANCREÁTICO DE RIESGO

En cerca de un 10 por ciento de los pacientes es posible encontrar una historia familiar de cáncer de páncreas. ■



NUOVA LÍNEA PARA ABORDAR CCR METASTÁSICO Y GIST

Regorafenib mejora las cifras de supervivencia en colorrectal metastásico y GIST; se convierte así en una 'línea de salvamento' para seguir el tratamiento. ■



CATALUÑA IMPLANTARÁ EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL ANTES DE 2017

El consejero de Salud de Cataluña, Boi Ruiz, ha presentado el Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020, aprobado ayer por el Consejo Ejecutivo de la Generalitat. ■



PEMBROLIZUMAB AUMENTA LA EFICACIA EN MELANOMA

El nuevo anticuerpo monoclonal propicia una mayor supervivencia en pacientes con enfermedad avanzada. ■



ACETATO DE ULIPRISTAL HA VARIADO EL TRATAMIENTO EN MIOMAS SINTOMÁTICOS

El perfil de mujeres que más se van a beneficiar de esta nueva terapia son las que tienen sangrado excesivo, las que están en la perimenopausia para el control del mioma, y mujeres que desean tener hijos pero por su edad. ■



M^a Dolores Fernández



Entre los artículos destacados en la portada del número de Marzo-Abril de *Cancer Nursing* tenemos uno sobre un estudio piloto de exposición a fármacos antineoplásicos en forma ambulatoria en un hospital universitario en el que se evaluaron los derrames de citostáticos utilizando medidas biológicas y correlacionándolos con los factores organizativos a través de cuestionarios prospectivos acerca de cargas de trabajo, entorno ambiental y conductas de seguridad así como con muestras de orina de 8 horas del personal de enfermería y de farmacia que reportaron eventos de derrames de citostáticos y recogiendo de manera similar muestras de trabajadores que no informaron de un derrame. Como conclusión se observaron niveles detectables de citostáticos tanto en el personal expuesto a derrames como en el que no debidos también a la contaminación ambiental. Se necesitan más estudios de investigación y mejorar la adherencia del personal al uso de equipos y procedimientos de seguridad. Otro artículo nos habla de la validación de una escala de valores culturales en relación al screening de cáncer de mama y cuello uterino en una muestra de mujeres afroamericanas de un área urbana de New Jersey. Se identificaron cuatro factores culturales relevantes: problemas para concertar una cita, falta de transporte, incomodidad con los profesio-

nales sanitarios y profesionales sanitarios que tocan inapropiadamente a las pacientes. En general, la escala demostró valores preliminares aceptables de fiabilidad y validez en esta población y resulta un campo abierto a la investigación en enfermería para comprender mejor por qué las mujeres optan o no por acceder a los servicios de detección de cáncer.

Un tercer artículo nos habla de un estudio para explorar los beneficios experimentados de la participación conjunta de los pacientes y sus familiares en un curso de rehabilitación residencial de 5 días, siempre como parte de un estudio de intervención mayor en Dinamarca. Se realizaron entrevistas a los 20 participantes (10 pacientes y 10 familiares) 1 mes después del curso y la conclusión es que sirvió como un "escenario para compartir", sustentado en 3 dimensiones: compartir experiencias, compartiendo estrategias, y compartir el cuidado mutuo. Por todo ello se considera útil para los pacientes y sus familias para validar las estrategias relacionadas con el cáncer y fortalecer el entendimiento mutuo en las relaciones.

Por último un estudio examinó la adherencia al cribado del cáncer colorectal entre los afroamericanos en el contexto de las variables socioculturales, una decisión informada, y los factores de salud. El análisis secundario de datos se realizó en datos de encuestas recogidas de 129 hombres y mujeres afroamericanas. Se relacionaron con la adherencia para hacer la colonoscopia el apoyo social y la influencia familiar así como la religiosidad y el tener un médico de cabecera aunque la diabetes fue relacionada de forma negativa por lo que pueden requerir intervenciones adicionales para aumentar las tasas de cumplimiento. ■



En el volumen de abril de *European Journal of Oncology Nursing* destacamos tres artículos. Uno sobre la autopercepción de los síntomas de la anemia y la fatiga antes y después de las transfusiones de sangre en pacientes con síndromes mielodisplásicos. Se entrevistaron 16 pacientes con una edad media de 74 años concluyendo que después de la transfusión de sangre, los síntomas de la anemia y la fatiga disminuyen pero que los pacientes refirieron que sus síntomas tuvieron un impacto negativo en su vida social por lo que proporcionar apoyo psicosocial puede contribuir a mejorar la atención de pacientes con dependencia transfusional. Otro de los artículos nos habla de la influencia del estilo de la gestión familiar en los problemas psicosociales de los supervivientes de cáncer infantil en Corea. Los familiares de los 158 sobrevivientes respondieron un cuestionario sobre las características demográficas y de la enfermedad, los problemas psicosociales en sus hijos mediante el Pediatric Symptom Checklist (PSC), y completaron la medida de gestión de la familia (FAMM). La situación económica percibida y las seis subescalas de la FAMM se correlacionaron significativamente con problemas psicosociales de los niños. Como conclusión es necesario desarrollar un plan de cuidados detallado y diseñado para promover el equilibrio entre la gestión de la condición normal y la vida familiar de un niño y alentar a los padres a compartir sus sentimientos con otros

y proporcionar apoyo mutuo para mejorar los resultados psicosociales de los sobrevivientes de cáncer infantil.

Por último otro estudio de validación de una escala sobre la incertidumbre ante la enfermedad "The Mishel Uncertainty in Illness Scale" (SF-MUIS) para examinar el impacto de la incertidumbre ante la enfermedad en pacientes con cáncer de mama.

La muestra fue de 209 pacientes que completaron la escala, la escala de ansiedad y depresión, la evaluación funcional de la terapia del cáncer de mama (FACT-ES), ocho preguntas relativas a la calidad de información proporcionada y la edad. Los resultados confirman que la versión noruega de la SF-MUIS es una herramienta adecuada para la evaluación de la incertidumbre en los pacientes con cáncer de mama, que reportaron un moderado grado de incertidumbre ante la enfermedad. ■



En el número de Abril la EONS publica la convocatoria de candidaturas para la Junta Directiva para Presidente Electo y Secretaria. También está abierta la convocatoria para las dos Becas de Viaje creadas para permitir a un investigador pasar tiempo con otro investigador o grupo de investigación establecida en otro país, con el fin de construir colaboraciones y facilitar la investigación de desarrollo de propuestas. También está abierta la convocatoria hasta el 15 de Junio de dos becas de viaje clínicas que ofrecen la posibilidad de viajar y adquirir experiencia profesional en otro centro oncológico.

El Masterclass de Enfermería Oncológica de este año ha sido el más numeroso con 28 enfermeras de 15 países. Cinco intensos días de inmersión total en la actualidad de la enfermería oncológica que crea un espíritu colectivo de enseñanza y aprendizaje para la mejora

de las habilidades clínicas y la atención al paciente con sesiones conjuntas también con médicos.

La EONS ha participado en el Día Mundial del Cáncer con una declaración global sobre la importancia de las enfermeras especialistas en oncología debidamente capacitadas para dar una atención de alta calidad. Se declara, en una sola voz, que la enfermería oncológica no tiene simplemente un papel esencial y activo en la asistencia sanitaria, sino también en la formulación de políticas e informar e influir en todos los aspectos del sistema político.

La Comisión para el sector del Voluntariado y el Envejecimiento ha publicado su informe final que es la culminación de 18 meses de investigación. En el informe se dan una serie de recomendaciones sobre la forma en que las organizaciones benéficas y los financiadores pueden cambiar su forma de pensar y la práctica. También se ha reunido el Grupo de Expertos de la Comisión Europea para el Control del Cáncer que celebró su segunda reunión en marzo. EONS estuvo representada por Paul Trevatt, miembro del Consejo de la EONS y presidente del Grupo de Trabajo de Comunicación que informó de un diálogo útil con defensores de los pacientes.

En Nursing Times.net la profesora Académica del Reino Unido Alison Leary advirtió recientemente que la contribución de los enfermeros especializados a los resultados de salud es "a menudo invisible". Ella advierte que un enfoque en las cualidades personales positivas de las enfermeras como la compasión, en realidad podrían contribuir a una falta de comprensión sobre su contribución. La Profesora Leary dijo que las enfermeras no deben confiar en este guión para presentar su caso porque las cualidades como juicio clínico y experiencia son más importantes. Describió a las enfermeras especializadas como "críticas para la seguridad" y parte esencial de la fuerza de trabajo sanitaria.

La Coalición contra el Cáncer del Pulmón del Reino Unido ha emitido también un comunicado diciendo que las tasas de supervivencia del cáncer de pulmón

en Inglaterra son pobres en comparación con los de otros países europeos. Inglaterra ahora se ubica en el nº 26 de los 29 países. La organización ha pedido un aumento en el número de enfermeras especializadas para mejorar las tasas de diagnóstico y acceso al tratamiento. ■



La portada del número de marzo-abril de *Cancer World* está dedicada a Francesco Pignatti jefe de la sección de cáncer de la Agencia Europea de Medicamentos con el título de "Caminando entre el acceso rápido y la evidencia". Una cascada de nuevos fármacos dirigidos que dan altas tasas de respuesta en indicaciones específicas trajo consigo nuevas demandas de acceso rápido de los grupos de pacientes. Desde entonces, la EMA ha estado tratando de encontrar formas efectivas para equilibrar la demanda pública y profesional para hacer que estos nuevos fármacos estén disponibles con una evaluación fidedigna de su eficacia y seguridad. La EMA ha desarrollado el concepto "aprobación condicional". En marzo de 2014 invitó a las empresas farmacéuticas a participar en un proyecto de pilotaje de licencias de adaptación, también conocido como vías de adaptación, la aprobación escalonada o licencia progresiva. Esto comienza con la autorización inicial de un medicamento en una población de pacientes restringido, seguida de las fases de recopilación de pruebas y la comercialización adaptación autorización para permitir que las poblaciones de pacientes más amplias acceso a la medi-

cina. Es particularmente relevante para los medicamentos con el potencial para tratar enfermedades graves en los que hay una necesidad insatisfecha. En 2010, la EMA lanzó un proyecto piloto que permite a los laboratorios obtener retroalimentación conjunta de los organismos de evaluación de la EMA y la evaluación de las tecnologías sanitarias sobre los tipos de pruebas que vayan a requerir la autorización de comercialización y la amplia disponibilidad. *“Hay una clara oportunidad de diseñar el desarrollo de tal manera que todas las partes interesadas maximicen las posibilidades de cumplimiento de sus objetivos de forma más rápida y más racional posible”*, dice. La EMA dio un gran paso hacia una mayor transparencia con el anuncio en octubre pasado de que, a partir de enero de 2015, sería revelar todos los datos de los ensayos en los que ha informado sus decisiones. Los terceros tendrán acceso a los datos clínicos para verificar el análisis y conclusiones originales *“para examinar las posiciones de la autoridad reguladora y desafiarlos en su caso”*, afirma la política. *“Obviamente hay una muy alta responsabilidad y ninguna persona puede llevar esto sola, por lo que contamos con expertos y comités y el trabajo en un sistema burocrático de estilo muy europeo. Pero funciona. Si se cumplen todos los requisitos legales en materia de seguridad y eficacia, y un fármaco recibe una autorización de comercialización, se ve la etapa final de todos los avances farmacológicos eficaces para las personas con cáncer. Es un muy buen lugar para estar.”*

Otro artículo nos habla sobre la conjugación de fármaco y anticuerpo monoclonal que han surgido en estos dos últimos años. Los ADC pueden suministrar agentes anticancerígenos directamente a las células tumorales, lo que limita la exposición de tejido sano a la droga, con el fin de proporcionar tratamientos más exitosos con menos efectos secundarios. La ola que llega de ADCs está ilustrando un problema más amplio, dice Sullivan (Director del Instituto de Política en Cáncer del Kings College en Londres): *“Ellos son sólo una tecnología entre un enorme tsunami que está afectando al cuidado de la salud”*. Él argumenta que hay una creciente diver-

gencia y desconexión entre el modelo de negocio de la industria farmacéutica, las expectativas del público, y lo que en realidad está al alcance de los sistemas de salud de Europa, que está dando lugar a enormes desigualdades y la prescripción irracional. Aunque no están libres de efectos secundarios, estas nuevas drogas prometen una forma más tolerable de terapia, pero si tienen que beneficiar al mayor número posible de pacientes hay que replantearse una forma racional de cómo vamos a pagar por ellos.

Otro artículo nos habla sobre los efectos secundarios de las terapias dirigidas acerca de las percepciones y las realidades de los mismos. Los efectos secundarios de los fármacos dirigidos están mal documentados, y su impacto en los pacientes con frecuencia son seriamente subestimados e infratratados. Los esfuerzos para abordar estas cuestiones podrían mejorar la supervivencia y calidad de vida. Las enfermeras juegan un papel fundamental en la identificación y el tratamiento de los efectos secundarios. Christine Boers-Doets está terminando un doctorado en el Centro Médico de la Universidad de Leiden en los Países Bajos, buscando sobre todo problemas en la piel y en la cavidad oral asociados con las terapias dirigidas. *“Un gran número de tipos de cáncer son tratados con agentes dirigidos, y la terapia se interrumpe o dosis ajustada de forma regular, incluso con efectos secundarios no mortales. No entiendo por qué, ya que los efectos secundarios desaparecen incluso si continúa con la terapia. He aprendido que es posible deshacerse de ellos y evitar una reacción grado 3 cuando los pacientes saben cómo cuidar de su piel y la mucosa. Con una gestión adecuada acontecimientos más adversos pueden ser manejados sin modificación de la dosis o la interrupción.”*

Boers-Doets ha desarrollado el sistema TARGET para delinear la evaluación, clasificación y manejo de eventos adversos dermatológicos y mucosas en un entorno tanto de práctica como de investigación clínica. La voz del paciente también es cada vez más escuchada en la investigación clínica en toda Europa. La Agencia Europea de Medicamentos terminó una

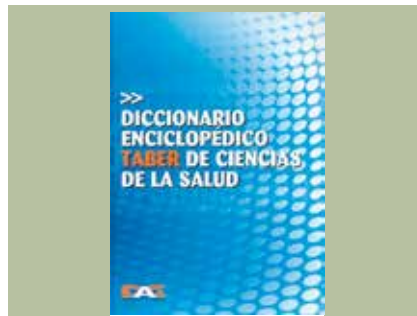
consultoría en noviembre de 2014 con un documento pidiendo que los datos de calidad de vida percibida por el paciente sean incluidos en los protocolos de investigación, de acuerdo en que *“las medidas clínicas objetivas pueden no correlacionarse necesariamente con la propia sensación de bienestar del paciente.”*

Por último un artículo sobre los genérico o biosimilares ¿podemos confiar en ellos? El mercado de los genéricos se está preparando para la expiración de las patentes en algunos de los primeros medicamentos dirigidos contra el cáncer, pero los pacientes quieren saber que el cambio no supone un riesgo para ellos. Según cifras recientes, en un total global de mercado de drogas oncológicas globales de casi \$ 100 mil millones, los ingresos de los genéricos están creciendo al doble de la tasa del mercado en su conjunto, y llegarán a más de \$ 20 mil millones para el 2018. La gran mayoría de todas las prescripciones de medicamentos son ya los genéricos - más del 80% en los EE.UU., por ejemplo. Dos iniciativas recientes pueden ayudar. En 2012, se puso en marcha de forma piloto la Regulación Internacional del Medicamento Genérico Piloto (IGDRP) para desarrollar una visión más global, y recientemente la Unión Europea ha anunciado que va a liderar un proyecto dentro de este utilizando el procedimiento descentralizado de la UE *“como modelo para acelerar la evaluación de las solicitudes para los medicamentos genéricos.”* Luego, en 2013, la EMA, FDA y algunos estados miembros de la UE dijeron que iban a comenzar a compartir información sobre las inspecciones de los estudios de bioequivalencia presentados, algo que las organizaciones defensoras de pacientes habían presionado para que se llevase a cabo en una reunión de una conferencia de ASCO. La colaboración también incluye inspecciones de las instalaciones donde se realizan los estudios. Sin embargo, el reciente enfoque en los genéricos a nivel internacional es alentador, aunque una cuestión primordial es que los países pueden tener que pagar más por los medicamentos genéricos de alta calidad en lugar de conducir los precios a niveles en los puedan optar algunas compañías. ■



Nuestra sección de libros

Ana Isabel Souto Ramos



DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO TABER DE CIENCIAS DE LA SALUD

Editorial: DAE

Año de publicación: 2007

ISBN: 9788495626608

Versión española de la 20ª edición de la obra original inglesa. Este diccionario, el más vendido en Estados Unidos en los últimos años, contiene en sus páginas todos los términos técnicos que pueda necesitar un profesional de las Ciencias de la Salud a lo largo de su vida profesional. Es un texto traducido, revisado, adaptado y supervisado por médicos y enfermeras en ejercicio de las principales especialidades clínicas.

Es el único diccionario editado en español que incluye apéndices enfermeros tan relevantes como los siguientes: organizaciones de enfermería, modelos conceptuales y teorías de enfermería, Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería (NIC), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Sistemas de clasificación de asistencia domiciliaria, Sistema de Omaha y Diagnósticos enfermeros.



GESTIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Diego Ayuso y Begoña de Andrés

Editorial: Díaz de Santos

Año de publicación: 2015

ISBN: 9788499698830

La calidad asistencial y la seguridad del paciente son cuestiones prioritarias en la gestión sanitaria. La mejora continua de la calidad es un compromiso integrado de la organización que nos ayuda a caminar hacia la excelencia en la atención, mejorando la eficiencia de los procesos y la satisfacción de los pacientes a los que atendemos.

En este libro se explica cómo abordar la gestión de la calidad en las diferentes unidades asistenciales y servicios hospitalarios, tales como el bloque quirúrgico, unidades de Cuidados Intensivos, Pediatría, Obstetricia, Urgencias, etc., identificándolos indicadores de calidad de cuidados y las estrategias de seguridad del paciente en cada una de las áreas.

Asimismo, se repasan aspectos más generales, como los conceptos y herramientas básicas de calidad, los modelos de gestión de calidad como el EFQM, la Norma ISO y los estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International, la calidad de la formación, la gestión por procesos, etc., intentando proporcionar al lector una herramienta para mejorar la calidad de los cuidados en las organizaciones sanitarias.



FARMACOLOGÍA EN ENFERMERÍA

Piedad Pradillo

Editorial: DAE

Año de publicación: 2009 (actu. 2012)

ISBN: 9788495626790

La correcta administración de fármacos, incluida la valoración previa y posterior del paciente que recibe el tratamiento, es una de las principales responsabilidades enfermeras en su trabajo diario. Por ello, el conocimiento de los principios generales que permiten esta acción terapéutica en colaboración o de forma autónoma es una de las necesidades presentes en la formación y actualización constante de las enfermeras.

El presente texto está enfocado a proporcionar esta información de manera exhaustiva, planteando inicialmente un gran bloque de principios generales de farmacología, que incluye la farmacocinética, las acciones e interacciones de los fármacos, así como las generalidades sobre prescripción y administración. Posteriormente se describen los fármacos agrupados según los aparatos u órganos en los que actúan o bien en casos tanto de sintomatología especial (dolor, inflamación, etc.) como de situaciones patológicas más generales (oncología o infección, por ejemplo).

FLUOROURACILO - 5-FU

Fluorouracilo Accord®, Fluoro-uracil®

Marta González Fernández-Conde
MAYO 2015

PREPARACIÓN Envase 250mg-5ml Envase 500mg-10ml Envase 1000mg-20ml Envase 5000mg-100ml	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del vial: 50 mg/ml. • Dilución: <ul style="list-style-type: none"> - Perfusión intravenosa: 250-500 ml de SF o SG 5%. Micromedex admite diluciones menores (en 100 ml). - Infusor: calcular la cantidad de 5-FU según la dosis pautada y completar con SG 5%, dependiendo del volumen del infusor que se vaya a utilizar. - Perfusión intrarterial: en SG 5%, manteniendo la concentración de la dilución entre 0.3-0.5 mg/ml- • Proteger de la luz. • Concentración recomendada de la dilución: 0.5- 50 mg/ml. Consultar estabilidad.
CONSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Envase a temperatura inferior a 25°C. • Estabilidad físico química del vial abierto: 4 horas. • Estabilidad físico química de la dilución: Fluoro-uracil® es estable 72 horas a TA. Fluorouracilo Accord® 24 horas según ficha técnica. Laboratorio Accord presenta un estudio de estabilidad en el que a una concentración entre 0.5-10 mg/ml la estabilidad aumenta a 14 días diluido en SG 5% y 28 días en SF en envases de Viaflo. • Si una solución precipita por exposición al frío, se debe calentar a 60° con agitación enérgica y dejar enfriar a TA antes de su empleo.
ADMINISTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: en 30-60 minutos. También se recomienda la infusión en 4 horas, diluido en 500 ml. Según el protocolo pautado puede infundirse en perfusión continua durante 24 horas. • En combinación con Cisplatino: administrar 1° Cisplatino y luego 5-Fluorouracilo. • En combinación con Docetaxel y Cisplatino: infundir 1° Docetaxel en 1 hora, 2° Cisplatino en 1-3 horas y después Fluorouracilo en perfusión continua de 24 horas. • En combinación con Irinotecan: infundir 1° el Irinotecan y luego 5-FU. • En combinación con Leucovorin: infundir 1° Leucovorin y luego 5-Fluorouracilo. • Protocolo FOLFIRI: infundir Irinotecan durante 90 minutos conectado en Y con leucovorin a pasar en 2 horas. Después Fluorouracilo. Una vez terminado todo se queda una infusión durante 48 horas de Fluorouracilo. • Protocolo FOLFIRINOX: infundir 1° Oxaliplatino en 2 horas, después leucovorin en 2 horas. A los 30 minutos conectar al Leucovorin el Irinotecan en Y a pasar en 90 minutos. Por último infundir el Fluorouracilo. Una vez terminado todo se queda una infusión durante 48 horas de Fluorouracilo. • Infusión intraarterial: en 4 horas. También puede infundirse en perfusión continua de 24 horas. • Administración vía oral: se debe tomar toda la dosis de una sola vez, después de una comida y con un zumo de frutas.
EFFECTOS 2^{OS}	<ul style="list-style-type: none"> • Mielosupresión. • Mucositis. Diarrea, náuseas y vómitos. Abdominalgia. • Hiperpigmentación cutánea. Fotodermatitis. Eritrodisestesia palmo-plantar. Cambios en uñas. • Cardiotoxicidad: angina, arritmias, cambios en el ECG, tromboflebitis. • Fotofobia, lagrimeo, conjuntivitis, diplopía. Disminución de la agudeza visual. • Malestar general, labilidad emocional. Cefaleas.
EXTRAVASACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Irritante. • Medidas generales.
INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama. • Cáncer de colon y recto. • Cáncer de esófago. • Cáncer de estómago. • Cáncer de hígado. • Cáncer de cabeza y cuello. • Cáncer de vejiga. • Cáncer de riñón. • Cáncer de próstata. • Cáncer de cérvix. • Cáncer de endometrio. • Cáncer de ovario. • Cáncer de páncreas.
CONSIDERACIONES ESPECIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicidad cutánea: en las uñas puede ocasionarse un engrosamiento del lecho ungueal, pigmentación oscura, estriación trasversa. También puede darse sequedad de piel, fotodermatitis, pigmentación venosa. Fluorouracilo provoca síndrome de eritrodisestesia palmo plantar, siendo más frecuente en infusiones continuas. No es recomendable una exposición prolongada al sol ante el riesgo de manifestaciones de fotosensibilidad. Es posible que produzca un retraso en la cicatrización de las heridas. • Relacionado con la perfusión: la experiencia ha demostrado que las inyecciones en bolo provocan con más frecuencia síntomas colaterales que las perfusiones. Micromedex presenta un estudio que demuestra que la toxicidad gastrointestinal y hematológica son menores cuando se administra en una hora que cuando se hace en 5 minutos. La toxicidad hematológica es menor si se administra en perfusión continua que en inyección.

FLUOROURACILO - 5-FU

Fluorouracilo Accord®, Fluoro-uracil®

Marta González Fernández-Conde

MAYO 2015

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- **Toxicidad cardíaca:** dolor cardíaco, cambios en el ECG, angina e infarto. Son más frecuentes cuando se administra en perfusión continua.
- Los pacientes con alteraciones del metabolismo de la pirimidina presentan un riesgo elevado de neurotoxicidad, estomatitis y diarrea.
- **Toxicidad ocular:** el lagrimeo excesivo es frecuente, pudiendo llegar a fibrosarse y estenosarse el conducto lagrimal si el lagrimeo persiste. Fotofobia y conjuntivitis también son frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

- **Interacciones:** el Fluorouracilo aumenta el efecto de los anticoagulantes orales. La acción citotóxica del Paclitaxel puede ser inhibida por un pretratamiento o uno concomitante con Fluorouracilo. El ácido Fólico potencia la actividad del 5-FU en el carcinoma colorrectal. Combinado con Mitomicina puede aparecer síndrome hemolítico-urémico. Fluorouracilo es incompatible con Carboplatino, Cisplatino, Citarabina, Diazepan, Doxorubicina, y otras Antraciclinas, Vinorelbina y posiblemente con Metotrexato. La acción de la radioterapia se potencia con este citostático.
- **Administración tópica con solución cutánea de Fluorouracilo:** indicada en queratosis actínica hiperqueratósica. Limpiar la película que cubre la piel con agua caliente. Se aplica sobre las lesiones con un pincel aplicador, eliminando antes la cantidad sobrante del pincel. Se pueden tratar simultáneamente varias lesiones pero el área total no debe exceder los 25 cm² (5 x 5 cm). Una vez administrada dejar secar para que se forme una película sobre la zona. No se debe cubrir. No utilizar en sectores corporales que no sean cara, frente y cuero cabelludo alopecico.

- Fluoro-uracil® solución inyectable, ficha técnica. Laboratorio Meda Pharma. Fecha de revisión del texto: enero 2005.
- Fluorouracilo Accord® solución inyectable, ficha técnica. Laboratorio Accord Healthcare. Fecha de revisión del texto: abril 2011.
- Actikerall solución cutánea, ficha técnica. Laboratorio Almirall. Fecha revisión del texto: enero 2013.
- FLUOROURACIL. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/892AD9/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/30012C/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocumentLink?docId=0525&contentSetId=31&title=FLUOROURACIL&servicesTitle=FLUOROURACIL
- Fluorouracil. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- FOLFIRI Regimen. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- FOLFIRINOX Regimen. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>



GEMCITABINA-GZ

Gemzar®, Gemcitabina Hospira®, Sandoz®, Actavis®, Accord®, GP-Pharm®, Kabi®, Sun®

Marta González Fernández-Conde

MAYO 2015

<p>PREPARACIÓN Envase: 2000 mg Envase: 1500 mg Envase: 1000 mg Envase: 200 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstitución (Gemzar®, Gemcitabina Accord®, GP-Pharm® y Kabi®) <ul style="list-style-type: none"> - Vial de 200 mg: con 5 ml de SF. Volumen resultante 5.26 ml. - Vial de 1000 mg: con 25 ml de SF. Volumen resultante 26.3 ml. - Vial de 1500 mg: con 37.5 ml de SF. Volumen resultante 39.5 ml. - Vial de 2000 mg: con 50 ml de SF. Volumen resultante 52.6 ml. • Concentración de la reconstitución y del vial de concentrado para solución para perfusión: 38 mg/ml. Excepto Gemcitabina Accord® concentrado para solución para perfusión que tiene 100 mg/ml, Actavis® y Sandoz® que tienen 40 mg/ml. • Dilución recomendada: Gemcitabina Accord® en su presentación en solución no debe diluirse en envases con PVC. <ul style="list-style-type: none"> - Dosis < de 2000 mg: en 250 ml de SF. - Dosis > de 2000 mg: en 500 ml de SF. - Gemcitabina Actavis® y Accord® vial para concentrado para solución para perfusión deben diluirse en 500 ml de SF por su alto contenido en etanol. Si la dosis es > de 2500 mg diluir en 1000 ml de SF. • Algunas presentaciones tienen como excipiente un alto contenido de etanol y de sodio. • Condiciones normales de luz excepto Gemcitabina Sun® que precisa protección. • Concentración de la dilución: 1-10 mg/ml. Para las presentaciones con alto contenido en etanol se recomienda mantener una concentración entre 0.1 y 5 mg/ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No refrigerar, excepto Gemcitabina Hospira® y Sandoz® vial de concentrado que se deben conservar en nevera al no contener etanol. • Estabilidad físico química del vial abierto: Gemcitabina Actavis® y Sandoz® 28 días a TA. • Estabilidad físico química de la reconstitución: 24 horas a TA para Gemcitabina Accord®, Hospira®, GP-Pharm®, Kabi®, Sun® y Gemzar®. No refrigerar. • Estabilidad físico química de la dilución: Gemcitabina Hospira® es estable 24 horas a TA. Gemcitabina Actavis® 5 días a TA o en nevera. Gemzar® tiene una estabilidad de 7 días a TA. Gemcitabina Kabi® es estable 30 días a TA. Gemcitabina Sun® es estable durante 56 días a TA y protegido de la luz. Gemcitabina Accord®, 60 días a TA o en nevera. Gemcitabina Sandoz® posee una estabilidad de 28 días a TA y en nevera a concentraciones de 1 mg/ml, 7 mg/ml y 25 mg/ml.
<p>INFUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: en 30 minutos. Al aumentar el tiempo de infusión puede aumentar la toxicidad. • En combinación con Cisplatino: infundir 1º Gemcitabina y luego Cisplatino. • En combinación con Carboplatino: infundir 1º Gemcitabina y luego Carboplatino. • En combinación con Oxaliplatino: infundir 1º Gemcitabina en 100 minutos y luego Oxaliplatino. • En combinación con Paclitaxel o Nab-Paclitaxel: infundir 1º Paclitaxel y luego Gemcitabina. • En combinación con Pemetrexed: infundir 1º Gemcitabina, esperar 90 minutos y luego Pemetrexed. • En combinación con Irinotecan: infundir 1º Gemcitabina y luego Irinotecan.
<p>EFFECTOS 2^{OS}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mielosupresión: neutropenia. • Edema periférico leve o moderado. • Disnea. Tos. Rinitis. • Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento. Mucositis. • Erupción cutánea, prurito, alopecia escasa. • Alteración pruebas hepáticas. • Hematuria y proteinuria. • Astenia. Síndrome pseudogripal (fiebre 6-12 horas tras la infusión). Somnolencia, insomnio. • Dolor de espalda. Mialgias. • Hipoespermatogénesis. Posible infertilidad. • Neuropatía periférica sensitiva y motora.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Irritante. • Medidas generales.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de vejiga. • Adenocarcinoma de páncreas. • Cáncer de pulmón no microcítico. • Carcinoma epitelial de ovario. • Cáncer de mama.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionado con la perfusión: la prolongación del tiempo de perfusión y el aumento de la frecuencia de administración aumentan la toxicidad. Se han descrito casos de hipotensión, síndrome pseudogripal severo y de aumento de fatiga en infusiones más frecuentes o ampliadas a 60 minutos. En combinación con Paclitaxel hay un aumento de neutropenia, neurotoxicidad, mialgias y fatiga. • Excipientes: Gemcitabina Actavis® contiene 395 mg/ml de etanol y 3.95 mg/ml de sodio. Gemcitabina Accord en solución para perfusión® tiene 440 mg/ml de etanol y 9.192 mg/ml de sodio. Gemcitabina Hospira® y Sandoz® no contienen etanol.



CONSIDERACIONES ESPECIALES

- **Radioterapia concomitante:** Gemcitabina tiene actividad radiosensibilizante. La toxicidad asociada depende de muchos factores, principalmente de la dosis y la frecuencia de ambas terapias. Cuando se administran de forma simultánea puede producirse mucositis grave, especialmente esofagitis y neumonitis, sobre todo en pacientes que recibieron grandes volúmenes de radioterapia, sin embargo si se administra de una forma secuencial (con un intervalo mínimo de 7 días) no se produce ninguna potenciación de la toxicidad. Aún así, tanto en el uso concomitante como en el secuencial, se produce un daño en los tejidos irradiados en forma de esofagitis, colitis y neumonitis. Gemcitabina puede administrarse cuando se haya resuelto la toxicidad aguda de la radioterapia o al menos una semana después de la administración de la misma.
- **Síndrome de fuga capilar:** implica una hiperpermeabilidad capilar sistémica por la que los líquidos y proteínas del espacio intravascular salen al intersticio. Esto provoca edema generalizado, aumento de peso, hipoalbuminemia, hipotensión grave, insuficiencia renal aguda y edema pulmonar.
- **Síndrome de encefalopatía posterior reversible (SEPR):** los síntomas son hipertensión aguda, cefalea, letargo, deterioro de la consciencia, alteraciones visuales, signos neurológicos focales y actividad convulsiva. El diagnóstico se debe confirmar con una resonancia magnética. Las alteraciones clínicas y los resultados en imágenes suelen resolverse en cuestión de días o semanas si se gestionan adecuadamente.
- **Fertilidad:** Gemcitabina produce hipoespermatogénesis. Se aconseja información sobre la crioconservación del esperma. Se aconseja a los hombres en tratamiento que utilicen un método anticonceptivo eficaz durante y hasta 6 meses después de terminar la terapia.
- **Toxicidad cutánea:** la alopecia es menos frecuente cuando Gemcitabina es pautaada en monoterapia, y aumenta el porcentaje en las terapias combinadas. Puede producir de forma transitoria erupciones eritematosas, maculares, y pruriginosas en tronco y extremidades, descamación, así como prurito anal.
- **Interacciones:** la administración de Warfarina concomitante con Gemcitabina puede producir un aumento del INR.

BIBLIOGRAFÍA

- Gemcitabina Accord polvo para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Accord Healthcare. Fecha de revisión del texto: junio 2011.
- Gemcitabina Hospira concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Hospira. Fecha de revisión del texto: diciembre 2010.
- Gemcitabina Actavis concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Actavis Group PTC. Fecha de revisión del texto: noviembre 2014.
- Gemcitabina Accord concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Accord Healthcare. Fecha de revisión del texto: agosto 2014.
- Gemcitabina GP-Pharm polvo para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio GP-Pharm. Fecha de revisión del texto: enero 2011.
- Gemcitabina SUN polvo para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio SUN Pharmaceutical Industries Europe. Fecha de revisión del texto: octubre 2013.
- Gemcitabina Kabi polvo para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Fresenius Kabi Oncology. Fecha de revisión del texto: diciembre 2009.
- Gemcitabina Sandoz concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Sandoz Farmacéutica. Fecha de revisión del texto: noviembre 2014.
- Gemzar polvo para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Lilly. Fecha de revisión del texto: junio 2014.
- Gemcitabina. Disponible en : http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/0F322C/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/5DC922/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocument?docId=2523&contentSetId=31&title=GEMCITABINE&servicesTitle=GEMCITABINE
- Gemcitabine. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- Gemcitabina clorhidrato. Disponible en: <http://www.pdamecum.com/info/G/gemcitabina/gemci-dosis.php>



Infusión 
SOLUCIÓN GLOBAL

Seguridad y Confianza



DOSI-FUSER[®]

Infusor Elastomérico Portátil



 **Izasa Hospital**
A WerfenLife Company

Izasa Hospital, S.L.U. Plaza de Europa, 21-23, 08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) | Atención al Cliente Tel. 902 20 30 70 | www.izasahospital.es

Fabricado por: Leventon, S.A.U. A WerfenLife Company



Congresos y Jornadas

Ana Mateo

VIII Congreso de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas

VIII CONGRESO NACIONAL de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica
SEHOP
21 al 23 de MAYO de 2015
CAIXA FORUM - BARCELONA

Fecha: **21 al 23 de mayo**
Lugar: **Barcelona**

Práctica de la enfermería basada en la evidencia

EUNENEA

Fecha: **22 y 23 de mayo**
Lugar: **Granada**

XX Jornadas Nacionales de Humanización "Humanizando los Cuidados Intensivos"

XX Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud
"Humanizando los Cuidados Intensivos"

Fecha: **27 y 28 de mayo**
Lugar: **Madrid**

V Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía

V CONGRESO NACIONAL ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

Fecha: **27 al 29 de mayo**
Lugar: **Valladolid**

XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

XXXII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL
22 al 23 de mayo de 2015
Palacio de Evolución
Burgos

Fecha: **27 al 29 de mayo**
Lugar: **Burgos**

IX Jornadas Nacionales de la AET, Asociación de Especialistas de Enfermería del Trabajo

IX Jornadas Nacionales de la AET
Madrid, 29 y 30 de mayo de 2015

Fecha: **29 y 30 de mayo**
Lugar: **Madrid**

XXVII Congreso Nacional de Enfermería Vascul y Heridas 2015

XXVII Congreso Nacional de Enfermería Vascul y Heridas 2015
Castellón

Fecha: **4 y 5 de junio**
Lugar: **Castellón**

XXVI Congreso Salud Mental

XXVI CONGRESO SALUD MENTAL
Valencia

Fecha: **11 al 13 de junio**
Lugar: **Valencia**

XXII Congreso Nacional AEEP, Asociación Española de Enfermería en Patología Digestiva

XXII CONGRESO NACIONAL AEEP
Madrid 2015

Fecha: **12 y 13 de junio**
Lugar: **Madrid**

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

XLI CONGRESO NACIONAL DE LA SEEIUC
San Sebastián

Fecha: **14 y 17 de junio**
Lugar: **San Sebastián**

XXXV Jornadas de Economía de la Salud

XXXV Jornadas de Economía de la Salud
Salud, bienestar y sostenibilidad social
Granada

Fecha: **17 y 19 de junio**
Lugar: **Granada**

XV Premio a la Investigación en Enfermería Nefrológica

XV Premio a la Investigación en Enfermería Nefrológica

Plazo de presentación: **30 de junio**

II Jornadas Internacionales de Graduados en Ciencias de la Salud

II Jornadas Internacionales de Graduados en Ciencias de la Salud

Fecha: **17 de julio**
Lugar: **Almería**

XIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería

XIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería

Fecha: **4 al 6 de septiembre**
Lugar: **Río de Janeiro**

VII Premio ANECORM

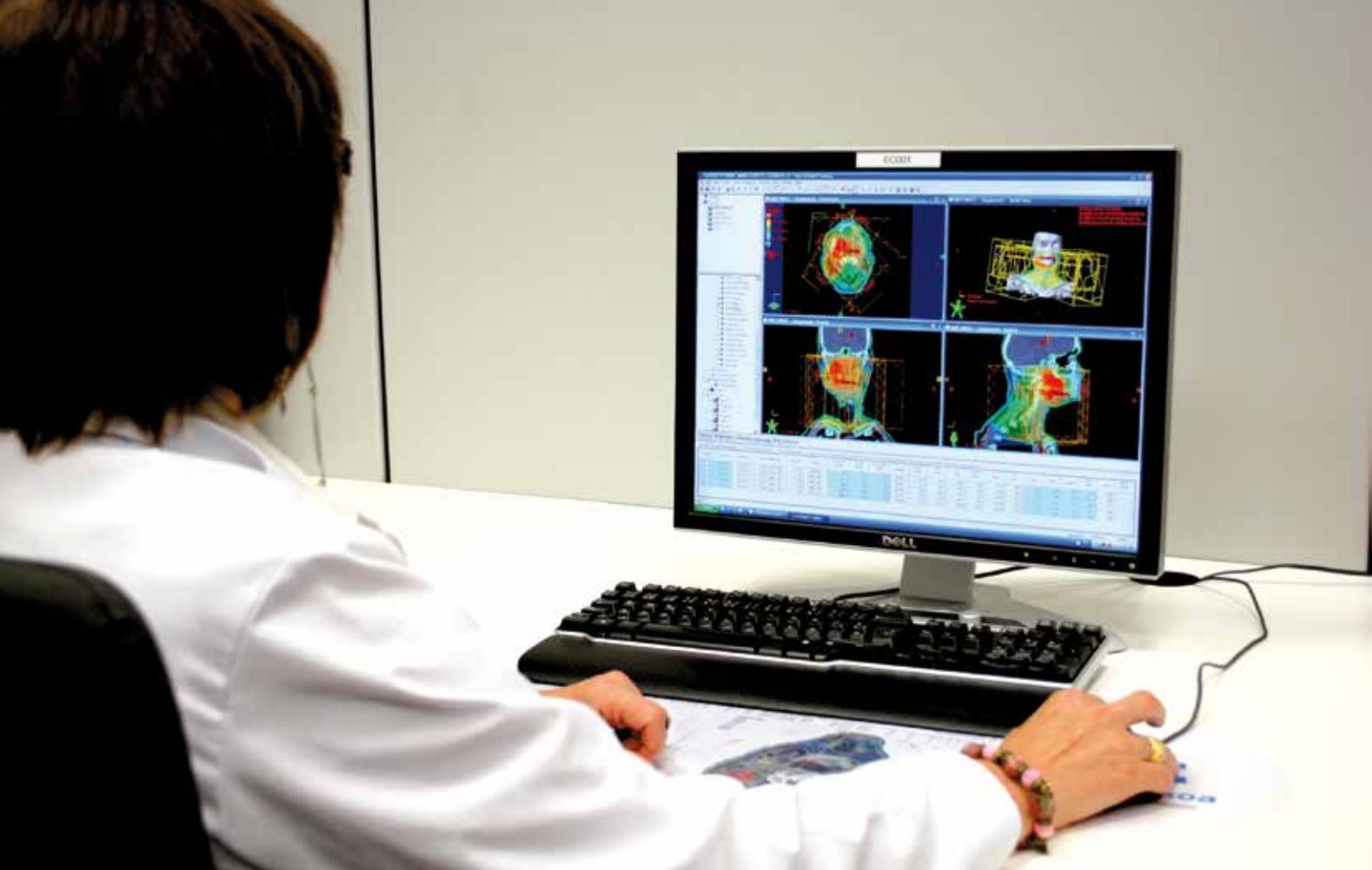
VII Premio ANECORM
A UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Plazo de presentación: **10 de septiembre**
Convoca: **Asociación Nacional de Enfermería Coordinadora de Recursos Materiales, ANECORM**

Premios Metas de Enfermería 2015

Premios Metas de Enfermería 2015
PRIMER PREMIO DE INVESTIGACIÓN dotado con 6.000 euros

Plazo de presentación: **10 de septiembre**



A la **Física médica - radiofísica** *vanguardia* **hospitalaria**



Paz Zabaleta

La Física Médica es la rama de la física que comprende la aplicación de los conceptos, leyes, modelos, agentes y métodos propios de la física a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, desempeñando una importante función en la asistencia médica, en la investigación biomédica y en la optimización de algunas actividades sanitarias.

Se podría considerar como una de las aplicaciones de la física que mayor y más directa incidencia tiene sobre las personas, porque incide de forma directa sobre la salud.

En la actualidad la Física Médica suministra los fundamentos físicos de múltiples técnicas terapéuticas, proporciona la base científica para la comprensión y desarrollo de las modernas tecnologías que han revolucionado el diagnóstico médico y establece los criterios para la correcta utilización de los agentes físicos empleados en medicina.

Finalmente sienta, en colaboración con la bioingeniería, las bases necesarias para la medida de las variables biomédicas y aporta, junto a la biofísica, los fundamentos necesarios para el desarrollo

de modelos que explican el funcionamiento del cuerpo humano.

El desarrollo más importante de la Física Médica, tal como la entendemos en la actualidad, tiene lugar a partir de los descubrimientos de los rayos X y de la radiactividad, dado su impacto decisivo en el moderno diagnóstico y la terapéutica médicas.

Estos descubrimientos marcan un hito histórico en la aplicación de los agentes físicos en medicina, al proporcionar revolucionarios métodos de diagnós-



tico y tratamiento de las enfermedades humanas (diagnóstico por la imagen, tratamiento con radiaciones, trazadores, etc.).

En coherencia con esta realidad se crea la necesidad de incorporar profesionales de la física en los grandes hospitales.

Desde principios de este siglo las aplicaciones de la Física a la Medicina han ido creciendo progresivamente.

Nuevas unidades de tratamiento (unidades de cobaltoterapia, aceleradores, etc.) y de diagnóstico (gammacámara, tomógrafo por emisión de positrones, radiología digital, resonancia magnética, etc.), han requerido el incremento del número de físicos en los hospitales de todo el mundo.

En España, se ha publicado recientemente el Real Decreto (R.D.220/1997 de 14 de Febrero), que crea y regula la obtención del título oficial de especialista en Radiofísica Hospitalaria.

FORMACIÓN DE PROFESIONAL

En la actualidad, en nuestro país, solo existe formación especializada en física aplicada a las radiaciones. La obtención del Título de Especialista en Radiofísica Hospitalaria requiere estar en posesión de la Licenciatura en Ciencias Físicas u otro título universitario superior en disciplinas científicas y tecnológicas, superar una evaluación nacional que selecciona a los aspirantes y realizar íntegramente tres años de formación en una Unidad Docente Hospitalaria acreditada. Durante este periodo se adquieren los conocimientos de Física aplicada a las áreas de Radioterapia, Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico y Protección Radiológica.

ÁREAS DE ACTUACIÓN

La Física Médica abarca desde el diseño de equipos y procedimientos para el diagnóstico y la terapia, hasta el desarrollo de modelos y algoritmos de cálculo que permiten conocer y explicar el comportamiento del cuerpo humano. Desde el estudio, investigación y desarrollo

en radiaciones ionizantes, radiaciones no ionizantes, resonancia magnética nuclear, ultrasonidos, biofísica y bioingeniería, hasta sistemas de cálculo y procesos de imágenes.

Las actividades sanitarias desarrolladas por estos Especialistas en Radiofísica Hospitalaria son fundamentalmente la planificación, aplicación e investigación de las técnicas y procedimientos utilizados por la física de radiaciones, el control de calidad de equipos e instalaciones y la seguridad radiológica en la utilización de los mismos, sin olvidar el resto de actividades que engloba la Física Médica y la docencia.

Control de Calidad y Dosimetría Física

Mediante el Control de Calidad y la Dosimetría Física se lleva a cabo, por una parte, la verificación de que todas las propiedades del equipamiento radiológico se ajustan a los estándares de calidad aceptados, y por otra parte, se caracterizan los haces de radiación que se utilizan en terapia o en diag-



nóstico. La instrumentación de medida empleada para ello está calibrada frente a los patrones de medida de radiación que constituyen la referencia aceptada internacionalmente.

El Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica se encarga de definir y ejecutar los protocolos de control de calidad y dosimetría física, siguiendo las recomendaciones de instituciones y organismos nacionales e internacionales reconocidos y de suficiente prestigio, y de acuerdo con lo dispuesto en la legislación española vigente. Estos protocolos se recogen en los diferentes Programas de Garantía de Calidad en Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear. En ellos se establece una serie de pruebas de verificación del equipamiento utilizado en relación con la aplicación clínica de las radiaciones ionizantes, que se clasifican en:

- **Pruebas de aceptación:** pruebas que se realizan en la adquisición de nuevo equipamiento, llevándose a cabo conjuntamente con un representante de la casa comercial suministradora. Tienen como objeto el verificar que se cumplan las especificaciones técnicas y de funcionamiento declaradas por el fabricante en la oferta de compra. La aceptación con éxito del equipamiento da inicio al período de garantía.
- **Pruebas de referencia:** pruebas que se realizan antes de la puesta en funcionamiento para uso clínico del

nuevo equipamiento. Tienen como finalidad el establecer un estado de referencia, recabando todos aquellos datos físico-técnicos necesarios para poder iniciar su uso clínico. Las pruebas de referencia también se realizan en aquellos casos en que el equipamiento ya en uso sufra modificaciones importantes que puedan alterar su estado de referencia inicial.

- **Pruebas de constancia:** pruebas que tienen como objeto la verificación de la constancia en el tiempo de los diferentes parámetros físico-técnicos del equipamiento. La periodicidad depende del tipo de prueba (diarias, semanales, mensuales, trimestrales, anuales, etc.). Tanto la periodicidad como la tolerancia de los resultados de cada prueba viene descrita en los protocolos de actuación en control de calidad y dosimetría física. Cuando se observa una desviación superior a la tolerancia se toman las medidas necesarias para reestablecer el estado de referencia anterior, o bien se toma una nueva referencia en aquellos casos en que sea posible.

El control de calidad se hace extensible también a los sistemas informáticos de cálculo de dosis y a los equipos medidores de radiación.

Dosimetría Clínica

Mediante la Dosimetría Clínica se calcula, de manera individualizada, la dosis

de radiación recibida por los pacientes. Adquiere máxima importancia en radioterapia, donde las dosis suministradas son muy elevadas, en cuyo caso se emplean programas informáticos muy potentes para determinar, con gran exactitud, la distribución de la dosis en los volúmenes tumorales y otros órganos de interés.

Las dosimetrías realizadas por el servicio se clasifican en:

- **Dosimetría Clínica en Radioterapia:** utilizando la información recogida durante la dosimetría física de las unidades de tratamiento de radioterapia, y recabando previamente información anatómica sobre el paciente (en forma de imágenes de TAC, placas radiográficas, simulación de tratamiento previa, etc), se realiza un cálculo de la distribución de dosis de radiación que será absorbida por el paciente, tanto en el volumen tumoral como en otros tejidos u órganos de interés, de acuerdo con la prescripción de dosis definida por el médico radioterapeuta. El cálculo dosimétrico suele ser bastante complejo, por lo que se requiere de la ayuda de programas especializados de planificación y cálculo (sistemas de planificación). El resultado final es un informe dosimétrico en el que se detalla, para cada caso individual, todos aquellos parámetros físicos y geométricos a tener en cuenta para llevar a cabo el

tratamiento según la prescripción del oncólogo radioterapeuta.

- **Dosimetría Clínica en Medicina Nuclear:** el Servicio de Radiofísica dispone de los medios suficientes para hacer una valoración de las dosis de radiación absorbidas por los distintos órganos de interés en aquellos pacientes sometidos a diagnóstico o tratamiento con radionucleidos no encapsulados, especialmente en aquellos casos en los que se manejan actividades elevadas.
- **Dosimetría Clínica en Radiodiagnóstico:** utilizando la información recogida durante la dosimetría física y los controles de calidad, el Servicio de Radiofísica calcula la dosis de radiación recibida por el paciente debida a exploraciones diagnósticas con rayos X. Existen unos niveles de referencia descritos en la legislación vigente para cada tipo de exploración que no deben ser sobrepasados.

Evaluación de los Sistemas de Imagen

Los equipos utilizados en el diagnóstico de enfermedades y que utilizan fuentes de radiación ionizante para la formación de imágenes (Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear) son objeto de un control específico para evaluar de manera objetiva la calidad de la imagen diagnóstica. Al igual que en Dosimetría Física, existen una serie de pruebas de aceptación,

referencia y constancia. Cualquier parámetro medido que se encuentre fuera de tolerancia requiere de la actuación correspondiente para devolver el equipo a su estado de referencia.

Protección Radiológica

La Protección Radiológica es responsabilidad de la Gerencia, que delega las funciones correspondientes en el Jefe del Servicio de Protección Radiológica, quién, a su vez, posee autorización a tal efecto por parte del Consejo de Seguridad Nuclear, único organismo competente a nivel nacional en materia de seguridad y protección radiológica.


El Servicio de Protección Radiológica dispone de los medios adecuados para valorar los niveles de radiación ambientales o la posible contaminación radiactiva existente en la instalación. Se encarga de evaluar las dosis de radiación que puedan recibir los trabajadores (dosimetría personal) y el público en general, así como de estudiar, proponer, gestionar y controlar los medios necesarios para reducirlas al mínimo posible, y establece los protocolos a seguir en caso de irradiación accidental o emergencia radiactiva. Así mismo, gestiona los residuos radiactivos generados en la instalación; a tal efecto el Hospital dispone de un depósito de recogida de residuos radiactivos líquidos y de un almacén de

residuos radiactivos sólidos, ambos contemplados en la autorización de la instalación radiactiva. Aquellos residuos cuya evacuación por los medios convencionales no esté permitida son retirados periódicamente por la empresa ENRESA, que es la encargada a nivel nacional de la gestión y almacenamiento definitivo de los residuos radiactivos de media y baja actividad.

Además, el Servicio de Protección Radiológica es el encargado de formar e informar a los trabajadores profesionalmente expuestos de todas las cuestiones concernientes al desempeño de su trabajo en condiciones suficientes de seguridad y protección radiológica.

Otras Funciones

El Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica colabora en todos aquellos otros aspectos relacionados con el uso médico de las radiaciones:

- Diseño y planificación de nuevas instalaciones.
- Estudio e implementación de nuevas tecnologías.
- Asesoramiento en cuestiones relacionadas con el uso clínico de las radiaciones y la protección radiológica. 

BIBLIOGRAFÍA

1. P.Olivares - Radiofísica Hospitalaria-Revista Española de Física, vol.11,59-60 (1997). Sociedad Española de Física Médica. La Física Médica: una profesión

para las ciencias de la salud, Revista Española de Física, vol.14 9-10 (2000).

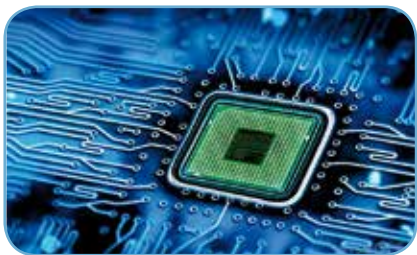
2. Guía de Formación de Especialidades (separata) Radiofísica Hospitalaria. Comisión Nacional de la Especialidades

Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo- Ministerio de Educación y Cultura
3. www.sefm.es/fisica-madica/es/especialidad-rfh



¿Sabías que...?

Ana María Palacios



UN MICROCHIP UTILIZA SONIDOS PARA SEPARAR CÉLULAS CANCEROSAS DE SANAS

El País

Un dispositivo creado en EE UU es capaz de separar, mediante ondas de sonido, células cancerosas de células sanas a una velocidad suficiente para emplearse en la clínica, según sus autores. El aparato, un microchip del tamaño de un moneda de 10 céntimos de euro, podría "mejorar el diagnóstico del cáncer, la prognosis, el seguimiento de un tratamiento y la investigación sobre la metástasis", opinan los científicos, entre los que se encuentra Subra Suresh, presidente de la Universidad Carnegie Mellon.

Extraer estas células de la sangre evita dolorosas biopsias, pero las técnicas actuales requieren marcar las células cancerosas con proteínas y aislarlas mediante magnetismo y fluorescencia, lo que puede alterarlas y dificultar su estudio.

El nuevo dispositivo consiste en un canal en el que los investigadores introducen una muestra de sangre sin glóbulos rojos. A lo largo del canal, ondas de sonido pueden separar una célula cancerosa entre cientos de miles de glóbulos blancos, habitualmente de menor tamaño y densidad. El método, según explican los autores en la revista científica PNAS, no modifica las células y permite su análisis. Además, la técnica es hasta 20 veces más rápida que dis-

positivos similares anteriores del mismo equipo de científicos, según sus propios cálculos. Los primeros prototipos tardaban entre 30 y 60 horas para separar las células cancerosas en un vial de sangre de cinco mililitros. El actual necesita unas cinco horas.

El coste es uno de los puntos flacos del prototipo, a juicio de David Olmos, experto del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) y ajeno al nuevo estudio. Olmos recuerda que, por el momento, las técnicas para aislar células tumorales circulantes, conocidas como biopsias líquidas, apenas se utilizan en la clínica y que su precio ronda los 400 euros por muestra de sangre.

"El nuevo método es muy interesante, pero su gran hándicap es que los autores todavía tienen que demostrar su utilidad clínica", opina Olmos. El equipo de Suresh ha probado su prototipo en el laboratorio, logrando separar el 83% de las células tumorales en muestras de plasma preparadas con bajas concentraciones de células cancerosas (unas 100 por mililitro). ■



NAB-PACLITAXEL AUMENTA UN 31% LA REMISIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

El País

Un cambio en la quimioterapia antes de la cirugía puede suponer tasas de remisión del cáncer de mama un 31% mejores, según datos que se presenta-

ron en el congreso sobre la patología de San Antonio (Tejas) por el Grupo Alemán de Cáncer (GBG) con participación del Grupo Español para la Investigación en Cáncer de Mama (Geicam). Mejor aún, la tasa puede ser de hasta un 87% de mejora (de una remisión completa del cáncer del 25,7% al 48,2%) en los triple negativos, los que, por carecer de marcadores específicos tienen peor pronóstico y representan la mayoría de los fallecimientos por esta patología. La remisión del tumor está directamente vinculada con la supervivencia, aunque no sea exactamente equiparable a una curación.

El cambio consiste en añadir un coadyuvante al paclitaxel, uno de los quimioterápicos más utilizados. El resultado es el llamado nab-paclitaxel de Celgene. Se trata de formar nanomoléculas uniendo albúmina al paclitaxel. Con esta combinación se consigue dirigir más precisamente el fármaco a las células tumorales, lo que, además, permite aumentar la dosis.

El nab-paclitaxel ya se usa en tumores de mama metastásicos. Ahora, la novedad consiste en usarlo en los cánceres primarios, con la ventaja de los mejores resultados. También se han visto buenos resultados en otros cánceres, como el de páncreas. Como es habitual en estos fármacos tecnológicamente avanzados, uno de los problemas importantes es su precio. El vial cuesta más de 300 euros, según el Vademécum español, mientras que en del paclitaxel sin coadyuvante cuesta poco más de 60. Por ejemplo, la agencia de calidad británica (NICE) decidió en septiembre del pasado año que su uso no estaba justificado en cánceres de páncreas metastásicos por el balance entre precio y beneficios obtenidos. ■



LA FALTA DE EJERCICIO ES RESPONSABLE DEL DOBLE DE MUERTES QUE LA OBESIDAD

Elsevier

Una caminata de 20 minutos a pie cada día podría ser suficiente para reducir el riesgo de una persona de muerte temprana, según un nuevo estudio publicado en "American Journal of Clinical Nutrition". El análisis de más de 334.000 hombres y mujeres europeos encontró el doble de muertes por falta de actividad física que el número de fallecimientos atribuibles a la obesidad, pero que un modesto aumento en la actividad física podría tener beneficios significativos para la salud.

La inactividad física se ha asociado consistentemente con un mayor riesgo de muerte prematura, además de estar vinculado con un mayor riesgo de patologías como la enfermedad cardíaca y el cáncer. Aunque también puede contribuir a un mayor índice de masa corporal (IMC) y la obesidad, la relación con la muerte temprana es independiente del índice de masa corporal de un individuo. Para medir la relación entre la inactividad física y la muerte prematura y su interacción con la obesidad, los investigadores de este trabajo analizaron datos de 334.161 hombres y mujeres de toda Europa que participaban en el estudio prospectivo europeo sobre cáncer y nutrición (EPIC, por sus siglas en inglés). Durante un promedio de 12 años, los científicos midieron la altura, el peso y la circunferencia de la cintura y emplearon la autoevaluación para medir los niveles de actividad física.

Los investigadores encontraron que la mayor reducción en el riesgo de muerte prematura se produjo comparando entre los grupos inactivos y moderadamente inactivos, analizados por una combina-

ción de la actividad en el trabajo con actividades lúdicas. Algo menos de una cuarta parte (22,7%) de los participantes fueron clasificados como inactivos, sin actividad recreativa en combinación con una ocupación sedentaria.

Los autores estiman que hacer un ejercicio equivalente a un paseo a paso ligero 20 minutos cada día, con una quema de entre 90 y 110 kcal (calorías), llevaría a un individuo del grupo inactivo a ser moderadamente inactivo y reducir su riesgo de muerte prematura entre un 16 y un 30%. El impacto fue mayor entre las personas de peso normal, pero incluso aquellos con un mayor IMC tuvieron un beneficio, según las conclusiones del estudio.

El director del estudio, Ulf Ekelund, del Medical Research Council (MRC) de la Unidad de Epidemiología de la University of Cambridge, en Reino Unido, subraya: "Hay un mensaje sencillo: basta con una pequeña cantidad de actividad física cada día para que las personas físicamente inactivas obtengan importantes beneficios para su salud. Aunque se encontró que sólo 20 minutos marcarían una diferencia, realmente deberíamos estar intentado hacer más porque la actividad física tiene muchos beneficios para la salud y debe ser una parte importante de nuestra vida cotidiana". ■



LA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS PARA NIÑOS CON CÁNCER TRIPLICA SU ACTIVIDAD EN DOS AÑOS

www.agenciasinc.es

Según los últimos datos del Registro Nacional de Tumores, en general, y gracias a diferentes modalidades de tratamientos, el 78% de los pacientes con cáncer infantil se cura. Sin embargo, sigue siendo un número elevado el de los pacientes que fallecen. El índice de

supervivencia de los pacientes con neuroblastomas o sarcomas en estadios avanzados y algunos tipos de tumores cerebrales o leucemias es inferior al 40%.

Para investigar los casos menos frecuentes, el Hospital Universitario Niño Jesús y el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) crearon hace dos años la Unidad de Investigación Clínica para Ensayos Clínicos Pediátricos CNIO-HNJS. Coordinada por el doctor Lucas Moreno, facilita el acceso a más alternativas terapéuticas dentro de un ensayo clínico, sin necesidad de realizar un desplazamiento por parte de las familias fuera de España.

"Hace dos años no teníamos un ensayo clínico para las leucemias que recaían, ni para los neuroblastomas, ni para muchos tipos de sarcomas, y ahora es un camino en el que estamos mejorando. Siempre queremos tener una cartera de ensayos clínicos que cubran los máximos cánceres posibles pero es un camino en el que hemos avanzado mucho", ha indicado Moreno.

Durante la II Jornada Hospitalaria sobre Medicina Translacional y Ensayos Clínicos, celebrada el pasado 24 de febrero en el Hospital Niño Jesús, Moreno presentó los resultados obtenidos desde el inicio de actividad de la Unidad. En dos años de vida, han pasado de 9 a 25 ensayos clínicos abiertos, ampliando la posibilidad de acceder a tratamientos experimentales para la mayoría de los cánceres infantiles.

"También hemos conseguido que los medicamentos que van llegando puedan probarse lo antes posible en los niños. Antes, cuando los medicamentos se empezaban a probar en adultos, tardaban más de diez años en llegar a probarse en niños. Ahora, esos ensayos clínicos se hacen antes y, además a gracias a unidades como esta y a otras en Europa, esos ensayos están llegando a España", ha anunciado Moreno.

Dentro de la unidad, entre los principales cánceres en pediatría, hay ensayos específicos para la leucemia linfoblástica, mieloblástica y el neuroblastoma. Además, hay ensayos genéricos a los

que pueden acceder pacientes con cualquier tipo de tumor sólido –exceptuando los cerebrales– y otros para pacientes con determinadas mutaciones genéticas, con independencia de la patología que padezcan.

En un último grupo se encuentran otros tratamientos experimentales para cánceres menos frecuentes, como la leucemia mieloide crónica, LHH (Linfohistiocitosis hemofagocítica), o muy raros, como el tumor de GIST, entre otros.

Durante el año 2015 se espera poder ampliar esta cartera de ensayos iniciando otros cinco nuevos ensayos clínicos, dedicados especialmente al osteosarcoma, al sarcoma de Ewing y a los tumores cerebrales. ■



UN NUEVO DISPOSITIVO PODRÍA ELEVAR LA ESPERANZA DE VIDA EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS

www.univadis.es

Las células cancerígenas pancreáticas son conocidas por estar protegidas por la fortaleza del tejido, lo que hace difícil suministrar medicamentos para reducir el tumor o detener su crecimiento. Ahora, investigadores de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (Estados Unidos), han desarrollado un dispositivo que podría cambiar todo eso: mediante el uso de campos eléctricos puede llevar medicamentos de quimioterapia directamente al tejido tumoral, impidiendo su crecimiento y, en algunos casos, reduciéndolo.

El trabajo, que se publica en la revista “Science Translational Medicine”, abre la posibilidad de aumentar considerablemente el número de personas que son aptas para las cirugías que salvan vidas. Representa un enfoque totalmente nuevo en el tratamiento para el cáncer de pán-

creas, que tiene una tasa de mortalidad del 75% al año del diagnóstico, una estadística que no ha cambiado durante más de 40 años.

“La cirugía para extirpar un tumor ofrece actualmente la mejor oportunidad de curar el cáncer de páncreas”, explica DeSimone, profesor de Química en la UNC y de Ingeniería Química en la Universidad Estatal de Carolina del Norte. “Sin embargo, muchas veces el diagnóstico llega demasiado tarde para que un paciente sea apto para la cirugía debido a la tendencia de que los tumores se entrelacen con los principales órganos y vasos sanguíneos”, añade.

“Una vez que se lleve a los ensayos clínicos, podría cambiar el paradigma de los tratamientos de cáncer de páncreas o cualquier otros tumores sólidos a los que los medicamentos de quimioterapia estándar IV son difíciles de llevar”, afirma Jen Jen Yeh, profesora asociada de Cirugía y Farmacología en la Escuela de Medicina de la UNC y miembro del Centro Integral del Cáncer Lineberger.

James Byrne, miembro del laboratorio de DeSimone en la UNC-Chapel Hill, dirigió la investigación mediante la construcción del dispositivo y examinando su capacidad para suministrar efectivamente los fármacos quimioterapéuticos a los tumores de cáncer de páncreas, así como dos tipos de tumores de cáncer de mama.

Dependiendo del tipo de tumor, el nuevo dispositivo se puede utilizar internamente después de una cirugía mínimamente invasiva para implantar electrodos del dispositivo directamente en un tumor (un enfoque relevante especialmente para el cáncer de páncreas y otros tumores menos accesibles) o externamente para suministrar fármacos a través de la piel (un enfoque relevante especialmente para el tratamiento de los cánceres de mama inflamatorios y otros tumores accesibles, como cánceres de cabeza y cuello).

Los investigadores también han demostrado la capacidad del dispositivo para permitir concentraciones de fármaco más altas en el tejido tumoral, evitando el aumento de toxicidad sistémica. Esto

es especialmente importante en el tratamiento de tumores sólidos pancreáticos y otros, que no están bien vascularizados y, por lo tanto, son difíciles de alcanzar con métodos estándar de tratamiento centrados en el torrente sanguíneo para el suministro de fármacos contra el cáncer a los tumores. ■



UN ANÁLISIS DE SANGRE ADELANTA CÓMO ACTUARÁ EL TAMOXIFENO FRENTE AL CÁNCER DE MAMA

El tamoxifeno es un profármaco ampliamente utilizado en el tratamiento del cáncer de mama. El éxito de esta terapia depende en gran medida de la capacidad de una de las enzimas de la familia del citocromo P450 para metabolizar el fármaco y convertirlo en su metabolito más activo, el endoxifeno, cuya actividad antitumoral es muy superior a la del tamoxifeno.

Investigadores de la Universidad Jaime I (UJI), de la Dr. H.S. Gour University de la India y del Hospital Provincial de Castellón han desarrollado un nuevo método que, a través de un simple análisis de sangre, muestra en un corto espacio de tiempo cómo metaboliza cada paciente el medicamento. Para los autores, esta información es de gran utilidad para conocer la respuesta a dicho tratamiento, y regular la dosis del fármaco. ■



Una despedida entrañable

Rosario Moreno

Hace unos días, viví una situación que me hizo reflexionar y me dio una lección de dignidad y saber hacer. Era un hombre de origen extranjero de 56 años diagnosticado en el mes de diciembre del 2014 de neoplasia de recto con metástasis hepáticas. Empezó el tratamiento por quimio-radioterapia. Desde el inicio de éste, pasaba más tiempo en el hospital por rectorragias que lo descompensaban que en casa. Estaba casado con 6 hijos, el más

grande de 21 años y la más pequeña de 2 años.

El último ingreso hace escasas semanas hizo que ya no saliera del hospital. Él era consciente de que su vida se acababa, sus hijos y mujer no se separaban de él ni un instante.

Fui a visitarle para decirle adiós y me encontré a cuatro de sus hijos, lo más pequeños, despidiéndose de él. Man-

tuvo una sonrisa en su cara y la paz que transmitía hizo que sus hijos vieran en su padre lo feliz que había sido con ellos.

Al acercarme, me dio las gracias por todo. No pude evitar emocionarme ante la dualidad de ver a su familia que perdía a su esposo y padre y la entereza en cómo había gestionado el proceso.

Una vez más, los pacientes y familias son maestros para nosotros. ☺

¡¡ASÓCIATE!!

a la Sociedad Española de Enfermería Oncológica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

¿Por qué?

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

¿Qué te proporciona la SEEO?

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

Sociedad Española de Enfermería Oncológica
www.seeo.org



Boletín de Suscripción

Nombre y Apellidos _____

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

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____ País _____

Servicio y Centro de Trabajo _____

Forma de pago

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

Banco/C.A. _____

Nº de cuenta:

Domicilio _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____

NOMBRE DEL TITULAR _____

Firma



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

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

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTABLES

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

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

ESTRUCTURA EN LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIONES

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

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

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

PROCESO EDITORIAL

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

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

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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

Los trabajos serán remitidos:

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



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

Roles Avanzados en Enfermería Oncológica

27 A 30 DE MAYO

TARRAGONA 2015