



Vol. 18 - N°2. Mayo 2016

enfermería oncológica

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

WWW.SSEO.ORG



Sociedad Española de
Enfermería Oncológica



Bienvenido a la S.E.E.O.

Domingo, 1 de mayo de 2016

SEEO

[C](#) [V](#) [C](#) [A](#)

La SEEO responde

NOTICIAS

La acupuntura minimiza los efectos secundarios de la quimioterapia.

Tomografía de baja radiación, arma de cribado de pulmón.

Una dieta vegetariana permanente moldea el genoma.

Manual de actividades SEEO

[Consultar documento](#)

Guía práctica de preparación y Administración de medicamentos para tratamientos Quimioterápicos

fichastecnicas.seeo.org

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

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

XIII
JORNADAS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
19 Y 20 DE MAYO
MADRID 2016

CUIDADOS ONCOLÓGICOS DESDE LA EVIDENCIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

Roles Avanzados en Enfermería Oncológica

XV Congreso Nacional mayo 2015

"Siempre Estupendas"

Siempre estupendas

"El trabajo está dedicado a todos aquellos que luchan cada día por superar la enfermedad"

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, M^ª Rosario Moreno Carmona. Redactor Jefe: Francisco Javier Iruzubieta Barragan. Comité Editorial: Rosa Isabel Escamilla Pastor, Manuel Olivares Cobo, Paz Zabaleta Basurto, Antonio Zamudio Sánchez, Ana María Palacios Romero, Marta González Fernández-Conde, 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** • MOTIVOS DE INGRESO DESPUÉS DE UN TRASPLANTE ALOGÉNICO. **5** • TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA: NUEVA CURA DE HERIDAS COMPLICADAS TRAS CIRUGÍA EN CÁNCER DE MAMA. **11** • ENTREVISTA A PILAR CAMARERO GÓMEZ. **18** • GUÍAS DE CUIDADOS PARA PADRES DE NIÑOS ONCOLÓGICOS. **21** • NUESTROS COMPAÑEROS DE... **26** PÍLDORAS COLECCIONABLES. **27** • BREVES. **28** • NOTICIAS DE EUROPA. **31** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **35** • FICHAS QUIMIOTERAPIA. **36** • AGENDA, CONGRESOS Y JORNADAS. **38** • ¿SABÍAS QUÉ...? **39** • A LA VANGUARDIA. **42** • RELATO. **44** NORMAS DE PUBLICACIÓN. **47**



Pfizer - Hospira patrocina los premios de las Jornadas de la SEEO y el premio al mejor artículo publicado en la revista durante el año 2015.

Los premios se entregarán en las XIII Jornadas de la Sociedad de Enfermería Oncológica que tendrán lugar en Madrid durante los días 19 y 20 de Mayo de 2016.

CUIDADOS ONCOLÓGICOS DESDE LA EVIDENCIA

M^a Concepción Reñones Crego

Editorial




El término de “[enfermería basada en la evidencia](#)” viene de su traducción literal del inglés “evidence-based nursing”, una quizá no muy apropiada, pues la acepción del término en español no es exactamente la misma. Mientras que en inglés se emplea para referirse a algo que se comprueba, demuestra o verifica y por tanto requiere investigación, en castellano según el Diccionario de la Real Academia, es la certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar, lo que parece bastante difícil de conseguir en términos de salud.

Siendo así la evidencia, no es algo inmutable, los estudios e investigaciones que la sustentan pueden ser modificados a medida que aparezcan nuevas pruebas; en nuestro caso, que apoyen la comprensión de la enfermería como una ciencia humana que garantice cuidados de calidad.

Pero no siempre existe evidencia clara en la práctica profesional y entonces, la competencia profesional resulta un elemento indispensable para proporcionar el conocimiento enfermero que ayude en el desarrollo de esa evidencia. A todo esto hay que incorporar también las demandas y valores de los pacientes, el entorno cultural y los recursos disponibles, lo que nos permitirá mejorar la calidad de la atención y cuidados que prestamos.

Cuando hablamos de hacer más evidente nuestra profesión, no es porque se ponga en duda nuestra existencia o nuestro trabajo, sino de la búsqueda del reconocimiento de esa evidencia o evaluación de los cuidados, tema que resulta bastante más complicado y que requiere un proceso de reflexión permanente, una mirada crítica que nos ayude a llegar a esa buscada excelencia profesional.

Estas Jornadas de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, quieren ser el ámbito que contribuya a dar a conocer nuevas iniciativas, nuevos avances en la práctica clínica, nuevos roles enfermeros..., en definitiva, a motivar a la Enfermería Oncológica a asumir el reto de seguir trabajando en la búsqueda de la evidencia de nuestros cuidados, generando ese conocimiento enfermero que nos llevará al reconocimiento de nuestra competencia profesional y a una mejora en la calidad de los cuidados a los pacientes oncológicos. 



Motivos de ingreso después de un TRASPLANTE ALOGÉNICO

Reasons for admission after Allogenic Stem Cells Transplantation

Autores: M^a Cristina Fernández Roviralta y Raquel López Gil.

Servicio de Hematología Clínica, Institut Català d'Oncologia, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Contacto: cfroviralta@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: el principal objetivo ha sido conocer los motivos de ingreso y sus características después de un TPH alogénico de los pacientes tratados en la Unidad de Terapia Intensiva del servicio de Hematología del Instituto Catalán de Oncología.

Material y métodos: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra n=45, incluye a todos los pacientes a los que se les realizó un trasplante durante el 2011 y 2012. No existe ningún motivo

de exclusión. Se ha realizado una revisión de las historias clínicas y se analizaron los datos en el programa Microsoft Office Excel v.2007.

Resultados: el 75% de los pacientes han reingresado después del trasplante, 2/3 partes durante el primer año. Los motivos de ingreso más habituales han sido el CMV y la insuficiencia renal. En casi la mitad de los ingresos, los pacientes han sufrido alguna complicación, aumentando el tiempo de hospitalización en más de 20 días con respecto al resto de pacientes.

Conclusión: consideramos de gran importancia implicar tanto al paciente como a la familia sobre los riesgos a los que se enfrentan, reforzando la educación sobre prevención y detección precoz, con el fin de disminuir el número de ingresos posteriores al trasplante y así mejorar su calidad de vida y su supervivencia.

Palabras clave: TPH, enfermería, complicaciones, hematología.

ABSTRACT

Objective: the main objective was to determine reasons for admission and their characteristics after discharge from Allogenic Stem Cells transplantation (ASCT) in the Intensive Care Unit Hematology Service of the Catalan Institute of Oncology.

Methods: descriptive and cross sectional study. Sample with n=45, includes all patients who underwent a transplant 2011-2012. No reason for exclusion. Was conducted a review of medical history/

records and data was analyzed with Microsoft Office Excel v.2007 program.

Results: patients admitted to hospitalization after transplantation was 75%, 2/3 during the first year. The most common reasons for admission were citomegalovirus and renal failure. Almost half of the patients suffered complications that increased length of hospitalization in 20 days comparing to other patients.

Conclusions: we attach great importance to involve both the patient and family about the risks they face, stren-

gthening education on prevention and early detection to reduce the number of post-transplantation income and improve their quality of life and their survival.

Keywords: ASCT, nursing, complications, hematology.

INTRODUCCIÓN

El trasplante de células madre hematopoyéticas es utilizado cada vez con mayor frecuencia como parte del tratamiento de enfermedades hematológicas¹. Cada vez tenemos más conocimientos sobre las células madre hematopoyéticas y los mejores regímenes de acondicionamiento y la introducción de tratamientos no mieloablativos, han disminuido las recaídas y prolongado la edad para poder realizarse un trasplante de médula ósea². Las nuevas técnicas diagnósticas y los nuevos tratamientos antimicrobianos han disminuido las complicaciones infecciosas y su mortalidad.

Ahora los pacientes sobreviven con mayor frecuencia al periodo de neutropenia después del régimen de acondicionamiento y en consecuencia, la frecuencia de complicaciones tardías se ha visto incrementada¹.

La complicación más frecuente después de un trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH) alogénico es la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH), que es la reacción resultante del reconocimiento como extraños los antígenos del receptor por parte de los linfocitos T del donante³.

Derivadas del mismo EICH, se han encontrado múltiples complicaciones

que también harán que el paciente vea alterada su calidad de vida y que, incluso, le suponga la necesidad de ser hospitalizado para intentar resolverlas. Las más frecuentes son por afectación cutánea (rash máculo papular, eritrodermia, necrólisis epidérmica...), alteraciones hepáticas, afectación gastro-intestinal y pulmonar.

La siguiente complicación más frecuente y de una etiología muy variante sería la infección; así como también encontramos complicaciones de rasgos más generales como la fiebre de origen desconocido, el síndrome constitucional o la pancitopenia.

Es por este motivo y por la idea pesimista del colectivo enfermero en cuanto a las complicaciones, recaídas y éxitos posteriores a los trasplantes alogénicos que se ha planteado la necesidad de realizar un análisis exhaustivo de la situación actual y evaluar la realidad para plantear propuestas de mejora en la calidad de vida de este tipo de paciente.

El objetivo de este estudio ha sido identificar los motivos y características de ingreso después de un trasplante alogénico, así como conocer si existen complicaciones durante estos ingresos, valorando si enfermería podría tener un papel determinante tanto para identificarlas como para prevenirlas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y ámbito del estudio

Es un estudio observacional de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Se ha llevado a cabo en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI) del Institut Català d'Oncologia (ICO) - Hospital Duran i Reynals - de l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, donde se realizan trasplantes de progenitores hematopoyéticos (TPH) alogénicos y autogénicos a pacientes con enfermedades hematológicas.

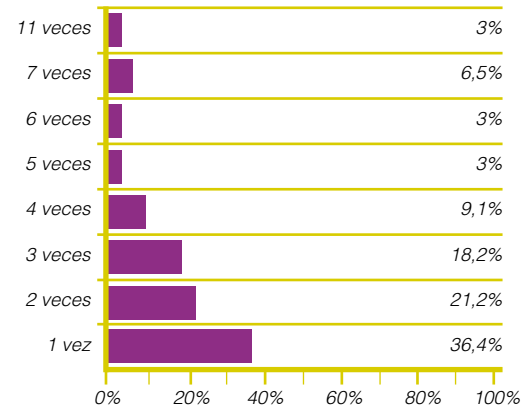
Muestra

El estudio ha sido llevado a cabo con aquellas personas a las que se le ha realizado un TPH alogénico durante el periodo de enero de 2011 a diciembre de 2012 en la unidad ya descrita y que hayan ingresado posteriormente en el mismo servicio. Se ha realizado un muestreo no probabilístico consecutivo consiguiendo una muestra n=45 que equivale al 97,8% de los TPH totales.

No existe ningún motivo de exclusión como tal, se ha tenido en cuenta a todos los pacientes trasplantados en las fechas referidas y que hayan ingresado una o más veces hasta febrero de 2014 o bien hasta su muerte, independientemente del/de los motivo/s de su hospitalización. Sin embargo, éstos han salido del estudio en el momento que han sufrido una recaída de la enfermedad hematológica.

| | | |
|-----------------------|------------------------------|------------|
| Sexo | Hombres | 31 (68.9%) |
| | Mujeres | 14 (31.1%) |
| Edad | Hombres (media) | 45.3 |
| | Mujeres (media) | 51.9 |
| Tipo de AloTPH | Donante emparentado | 25 (55.6%) |
| | Donante no emparentado | 13 (28.9%) |
| | Dual (haploideéntico-cordón) | 7 (17.8%) |

Tabla 1. Datos socio-demográficos.



Gráfica 1. Porcentaje de veces que ingresó cada paciente.

Variables

Se han analizado las variables siguientes: sexo (hombre/mujer), edad del paciente en la fecha del TPH (años), el tipo (alogénico emparentado, alogénico no emparentado, alogénico haploideéntico-cordón) y fecha del trasplante, la existencia o no de ingresos post-trasplante, el motivo de cada ingreso (clasificados según origen), tiempo transcurrido post-trasplante (semana post-TPH), complicaciones (clasificados según origen) y duración de la hospitalización (días), así como la resolución o no del motivo de ingreso.

Recogida de datos

La información se ha obtenido mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes en los programas informáticos utilizados en el ICO, concretamente en SAP, programa de gestión clínica a uso multidisciplinar. Se ha elaborado una tabla generada en el programa Microsoft Office Excel v.2007 para la recogida de datos.

RESULTADOS

Los datos se han recogido y analizado en el programa informático Microsoft Office Excel v.2007. Con dicho programa se han obtenido las frecuencias absolutas, los porcentajes y la media, como una de las medidas de tendencia central. Y se ha analizado el rango como medida de dispersión.

En la *tabla 1* se exponen los datos socio-demográficos en los que se diferencia la

muestra según sexo, edad y tipo de trasplante alogénico realizado.

Posteriormente a la realización de estos trasplantes alogénicos y una vez los pacientes han sido dados de alta médica, un 73.3% vuelve a reingresar en hospitalización una o más veces, el 17.8% recae de su enfermedad, el 4.4% fallece y otro 4.4% no vuelve a necesitar ningún ingreso hospitalario.

Del 73.3% de pacientes que necesitan volver a ingresar, consideramos necesario contabilizar en cuántas ocasiones lo hacían (*gráfica 1*), teniendo en cuenta que finalmente se contabilizaron 92 ingresos, de los cuales el 78.3% sucedió durante el primer año post-trasplante.

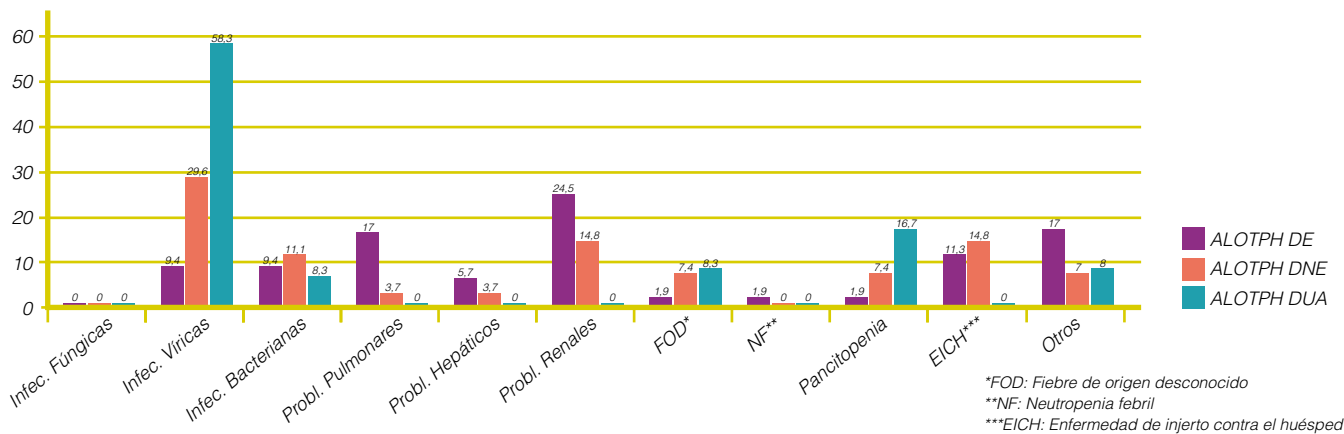
Con respecto al gráfico anterior (*gráfica 1*), destacar que del 36.4% de pacientes que ingresaron una sola vez, un 50% fue éxito o recaída posteriormente. De igual manera, del 21.2% que ingresan 2 veces, hay un 71.4% que recayeron o fueron éxito después de dichos ingresos; y lo mismo sucede con el resto de porcentajes de ingreso.

Del número de ingresos post-trasplante, el 42.4% lo generaron los pacientes con trasplante alogénico de donante emparentado, el 36.4% los de donante no emparentado y el 21.2% los duales. Destacamos, que de estos ingresos, la semana media en la que ingresaron fue en la 10.7 post-trasplante, siendo la

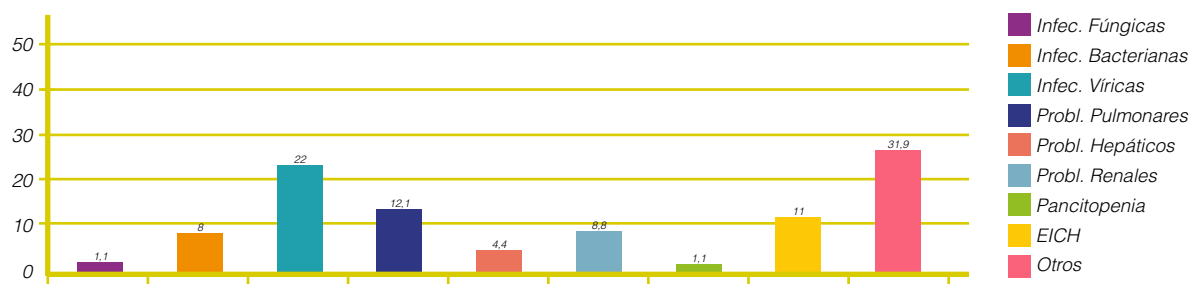
semana 2 la primera en la que se reingresó y la 33 la última.

Se ha clasificado cuáles eran los motivos de ingreso por los que los pacientes ingresaban. Se distinguen en 10 categorías diferentes: infecciones fúngicas, infecciones bacterianas, infecciones víricas, problemas de origen pulmonar, de origen hepático y de origen renal, fiebre de origen desconocido (FOD), neutropenia febril (NF), pancitopenia y enfermedad del injerto contra el huésped (EICH).

La primera causa de ingreso a destacar se debió a infecciones de origen víricas con un 21.7%, de la cual el 15.2% fue concretamente por Citomegalovirus (CMV). Los problemas de origen renal le siguieron con un porcentaje del 18.5%. Si se diferencian estos motivos de ingreso dependiendo del tipo de trasplante alogénico realizado, tal como muestra la gráfica siguiente (*gráfica 2*), cabe recalcar que la primera causa en el trasplante de donante emparentado fue el problema de origen renal (24.5%). El motivo en el trasplante de donante no emparentado fue la infección de origen vírica con un 29.6% y en el haplo-cordón ésta misma con un 58.3%. Por el contrario, se observa que el EICH fue una causa a remarcar tanto en el trasplante de donante emparentado (11.35%) como en el no emparentado (14.8%) pero, sin embargo, en el haplo-cordón no hubo ningún ingreso por este motivo.



Gráfica 2. Motivos de ingreso según el tipo de TPH (%).



Gráfica 3. Tipo de complicaciones durante los ingresos (%).

Durante estas hospitalizaciones, el 45.7% de los pacientes sufrieron algún tipo de complicación relacionada o no con la causa original del ingreso. Las complicaciones surgidas durante estos ingresos se han clasificado en: infecciones fúngicas, infecciones bacterianas, infecciones víricas, complicaciones de origen pulmonar, de origen hepático y de origen renal, pancitopenia y EICH (gráfica 3).

Como se muestra en la gráfica 3, el 22% de las complicaciones se trataron de infecciones víricas, en mayor proporción de CMV (14.3%), seguidas por problemas pulmonares con un 12.1%. Cabe recalcar que el 64.3% de los pacientes sufrieron más de una complicación en dicho ingreso.

La estancia media por paciente ingresado post-trasplante alogénico es de 8.4 días, mientras que si existe algún tipo de

complicación durante este ingreso, ésta aumenta a 28.5 días.

En el cómputo global, se han producido 33.1% de recaídas y 55.6% de éxitus.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Implicación para la práctica enfermera

Se debe destacar como aportación importante la identificación de las principales complicaciones post-trasplante, sobretodo durante el primer año que sabemos que es el más complicado. Esta información permite ayudar a enfermería a identificar dónde debe incidir con respecto a la educación sanitaria en este tipo de pacientes, intentando evitar los factores de riesgo y detectando precozmente las complicaciones. Independientemente del tipo de TPH alogénico que se le haya realizado al paciente, es de gran importancia implicar tanto al paciente como a la familia sobre los riesgos a los que se enfrentan y están

expuestos. Si se consigue, se logrará disminuir tanto el número como la duración de los ingresos con el consecuente ahorro sanitario que esto conlleva y la mejora de la calidad de vida del enfermo.

Además este estudio podría ayudar a obtener una aproximación en la previsión de los recursos sanitarios que se generan tras realizar un trasplante alogénico a un paciente, así como a prever y optimizar la gestión de camas e ingresos hospitalarios que se derivan del mismo.

Limitaciones

Una dificultad que se presentó al iniciar este estudio, fue la falta de registros completos de los pacientes de manera directa y en un mismo lugar, debido al cambio de la documentación escrita a sistemas informáticos, de modo que se tuvo que dedicar más tiempo de lo previsto a obtener los datos necesarios, perdiendo un paciente de la muestra inicial.

Dado el número de la muestra debemos ser cautos y no generalizar los datos, por ello sería interesante realizar un estudio de extensión, tanto en tiempo como en número de centros de trasplante.

Conclusiones

Tras la realización de este estudio, se ha observado que el 75% de los pacientes con trasplante alogénico han reingresado posteriormente, de los cuales más de 2/3 partes fueron durante el primer año post-trasplante.

Con respecto al primer objetivo que se planteó en este estudio referente a la identificación de los motivos de ingreso más habituales, se ha confirmado que el CMV y la insuficiencia renal han sido los más predominantes. Se trata de problemas clínicos donde enfermería tiene

un papel importante en cuanto a la prevención, la detección precoz y el control de posibles complicaciones. De hecho, se ha cuantificado que en casi la mitad de los ingresos los pacientes han sufrido algún tipo de complicación (no siempre relacionada con el motivo de ingreso), aumentando el tiempo de hospitalización en más de 20 días con respecto a los días de ingreso en aquellos pacientes que no realizaron complicaciones durante su ingreso. Añadir a la respuesta de la duda inicial planteada sobre las características de los ingresos post-trasplante, que la semana media del primer ingreso es la décima post-TPH y los pacientes con menos complicaciones han sido los que han realizado un trasplante dual.

Si se retoma la idea pesimista del profesional enfermero que inició este estudio

en cuanto a las complicaciones, recaídas y éxitos posteriores a los trasplantes alogénicos, debemos confirmar con datos reales que $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes han reingresado post-TPH, el 33.1% del total de la muestra sufrieron recaídas y el 55.6% finalmente fueron éxitos. Estos datos indican que la impresión negativa del profesional que cuida a los pacientes durante y después de un trasplante alogénico no es tan sesgada como se creía. Este hecho sólo debe motivar a que el colectivo siga avanzando en los cuidados enfermeros para incidir en la mejora de la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes hematológicos trasplantados. ➡

BIBLIOGRAFÍA

1. Villasís-Keever A., Mosqueda J. L. Infection is bone marrow transplantation. *Rev invest clin* 2005; 57(2).
2. Sociedad Argentina de Hematología. Indicaciones de trasplante de células hematopoyéticas. 2013.
3. Torres Carrete P., González S. Algunos problemas del paciente trasplantado/ sometido a TPH. *Aula Formativa Hematólogos Jóvenes*. 2011.
4. Dorticós Balea E., Díaz Durán C., Estrada del Cueto M., Carnot Uría J., González Otero A., Pavón Morán V. Recuperación hematopoyética en el trasplante alogénico de médula ósea. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 1999; 15 (3): 204-209.
5. Greenberg P. Current therapeutic approaches for patients with myelodys-

- plastic syndromes. *Br J of Hematol* 2010: 1-12.
6. Stein A., Forman S. J. Allogenic transplantation for ALL in adults. *Bone Marrow Transplantation* 2008; 41:439-446.
7. European Group for Blood and Marrow Transplantation. Haemopoietic Stem Cell Transplantation. *The EBMT Handbook*. 6ª Edición. 2012.
8. Miguel A. Sanz, Enric Carreras. *Manual Práctico de Hematología Clínica*. 3ª Edición. Barcelona: Ed. Antares. 2008.
9. Alkorta A., Ferreiro J. J., González M., Vidal M. J. *Enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH)*. San Sebastián: Hospital Universitario Donostia 2011.
10. Leukemia & Lymphoma Society. *Trasplante de células madre sanguíneas y de médula ósea*. 2013.

11. Sánchez R. G., López G., Sánchez L. M., Muñiz J. *Libro Blanco de la Leucemia en España 2002*. Madrid: Nova Sidonia Oncología Hematología. 2002.
12. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Plan Director de Oncología en Catalunya 2001-2004*. Institut Català d'Oncologia. 1ª Edición. Barcelona: Ed. Gama, S.L.

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



TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA: nueva cura de HERIDAS COMPLICADAS tras cirugía en cáncer de mama

Autores: Rodríguez Ortega A. *Enfermera, Unidad Funcional de Mama.*
Valverde Alcántara Y. *Enfermera, Unidad Funcional de Mama.*
Campos Alcázar G. *Enfermera, Unidad Funcional de Mama.*
Padín Sanmartín V. *Enfermera, Unidad Funcional de Mama.*
Fernández Ortega P. *Enfermera Coordinadora Investigación Enfermera. Institut Català d'Oncologia - ICO.*
Hospital Duran i Reynals. Barcelona.

Contacto: Ana Rodríguez Ortega. crodriguez@iconcologia.net

RESUMEN

Más del 90% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama reciben tratamiento quirúrgico y se prioriza el tratamiento conservador y la utilización de técnicas de oncoplastia y de reconstrucción. Estas técnicas más complejas conllevan más posibilidad de complicaciones, como el retraso en la cicatrización. La terapia de presión negativa (TPN) es una terapia física que se basa en la aplicación de presión negativa en el lecho quirúrgico. Es utilizada para la cicatrización de diferentes tipos de heridas y localizaciones, aportando reducción en

el tiempo de cicatrización, aumento en la calidad de vida y reducción de costes.

En la Unidad Funcional de Mama del Hospital Duran i Reynals (UFM) se empezó a utilizar la TPN hace 2 años y se ha recogido la experiencia en 50 pacientes.

La técnica utiliza un apósito conectado a un sistema cerrado de vacío al lecho quirúrgico que esté libre de tejido necrosado. Las curas son una o dos veces por semana en el hospital. Para determinar la utilización de TPN hay que tener en cuenta el tamaño de la dehiscencia de la herida y el volumen exudado.

Las ventajas de la cura con TPN son aceleración de la epitelización, no retrasa los tratamientos adyuvantes a la cirugía, como quimioterapia o radioterapia, aumenta la calidad de vida ya que reduce la manipulación de la herida, el gasto de material o el tiempo de la paciente, como del profesional o del sistema sanitario.

Palabras clave:

Enfermera clínica especialista en cáncer mama, neoplasias de la mama, dehiscencia de la herida operatoria, terapia de presión negativa para heridas.

ABSTRACT

Over 90% of patients diagnosed with breast cancer receive surgical and conservative treatment and the use of oncologic surgeries and reconstruction are prioritized. These methods involve a more complex possibility of complications such as delayed in healing.

Negative pressure therapy (NPT) is a physical therapy based on the application of negative pressure on the surgical bed. It is used for healing wounds and in different anatomical localizations, providing a

reduction in healing time, increasing the quality of life and decrease costs.

In the Functional Breast Unit of the Hospital Duran i Reynals (UFM) to use of the TPN started 2 years ago and we have gathered experience with 50 patients.

The technique uses a closed dressing connected to a vacuum system colloca- ted in surgical wound that has been reti- red all necrotic tissue. Cures are timing once or twice a week in the Breast Unit at the hospital. Indication of TPN must take into account the size of the wound, the

possibility of dehiscence and the exuda- tes volume.

The benefits of the PNT are acceleration in healing and epithelialization, do not delay the adjuvant therapies after sur- gery, such as Chemotherapy or radiothe- rapy, increases the quality of life by reducing handling of surgical wound, the material or spending time of patient as well as professional or the Health System.

Keywords: Clinical Nurse Specialist, Breast Neoplasms, Surgical Wound Dehis- cence, Negative Pressure Wound Therapy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer. De todo el conjunto de cánceres representa aproximadamente un 27% en nuestro país, aunque hay variaciones entre comunidades autónomas, países y continentes, pudiendo ir de un 21% a un 32%. En relación con los países de la UE España se sitúa en una posición intermedia-baja¹.

El abordaje terapéutico del cáncer de mama es multidisciplinar, en el Institut Català d'Oncologia se aborda la patología con una organización de unidad funcional, cumpliendo los criterios de las guías EUSOMA². La Unidad Funcional de Mama (UFM) tiene por objetivo el diagnóstico rápido y la administración del tratamiento más eficaz y de mejor evidencia para la paciente, procurando siempre la mínima morbilidad posible.

El abordaje terapéutico se puede dividir en dos grupos:

1. Aquellos tratamientos loco-regionales como son la cirugía y la radioterapia, dirigidos a conseguir un control local de la enfermedad y a conocer el riesgo que presenta el tumor de reaparecer.
2. Los tratamientos sistémicos como la quimioterapia, la terapia hormonal y las nuevas terapias diana, que buscan evitar la recidiva sistémica³.

Según el estudio ALAMO del grupo GEICAM con datos en 4352 pacientes recogidos los años 1999-2000, el 90.7% de las pacientes con lesiones de estadio I, II ó III recibieron tratamiento quirúrgico⁴.

Los diversos estudios aleatorizados que comparan la mastectomía con la cirugía conservadora han demostrado que esta última es el tratamiento de elección, excepto en caso de mala relación entre medida tumoral y volumen de la mama, (cuando el tumor es relativamente grande y la mama es más bien pequeña en relación al tamaño tumoral), en caso de multicentricidad y en caso de microcalcificaciones que ocupen más del 25% del volumen mamario.

En los casos en que no se pueda garantizar un resultado estético óptimo se puede optar por ofrecer técnicas de oncoplastia pudiendo conservar parte de la glándula mamaria o practicar una mastectomía con reconstrucción inmediata. El término **oncoplastia** aparece en 1994 en Alemania, para describir los procedimientos que permiten la resección de tumores y la reconstrucción inmediata de la mama con técnicas de restauración que aplican los principios de cirugía estética y sus variaciones según la ubicación de los tumores en los diferentes cuadrantes y la relación entre el volumen del seno y el tamaño del tumor⁵.

Existen dos grandes grupos de **técnicas oncoplásticas**: las técnicas de remodelación del volumen mediante un *remodelling* glandular o las técnicas de reposición de volumen, trasponiendo tejido autólogo no mamario, como las técnicas que utilizan el músculo *latissimus dorsi*, o la técnica del *Deep Inferior Epigastric Perforator*, por ejemplo.

Todas estas cirugías oncoplásticas, más amplias que las no reconstructivas, tienen más posibilidades de complicación que las cirugías más sencillas por diferentes motivos, los propios de la técnica quirúrgica⁶, como complicaciones derivadas de comorbilidades de la propia paciente o de la enfermedad⁷ y de sus tratamientos. Estas complicaciones pueden ser necrosis de piel, de tejido graso, hematomas e infecciones, entre otros, y dejan dehiscencias que deben curar por segunda intención y puede llegar a precisar varios meses en los casos más complejos, y el tiempo es limitado en los casos en que la paciente deba recibir tratamiento de quimioterapia adyuvante o radioterapia complementaria a la cirugía para que aporten la eficacia esperada.

Otro punto a destacar son las consecuencias en cuanto a la calidad de vida que causan en la paciente estas complicaciones, además de pérdida de acti-



Figura 1. Dispositivo de TPN variable, con reservorio.



Figura 2. Dispositivo de TPN continuo y fijo, sin reservorio.

vidad laboral en la paciente y/o en los cuidadores, se precisa tiempo y dinero en desplazamientos y material de curas⁸.

La literatura muestra el beneficio de la **Terapia de Presión Negativa (TPN)** en la curación de muy diversas heridas, se han descrito indicaciones en heridas quirúrgicas de extremidades inferiores, manos y tórax⁹, en las cirugías ortopédicas por fracturas óseas¹⁰, tras las cirugías de reparación de fracturas óseas en pacientes frágiles con heridas crónicas¹¹, en cirugía abdominal¹² y, entre otras localizaciones, también en cirugías de mama¹³.

Por este motivo empezamos a utilizar la Terapia de Presión Negativa (TPN) en nuestro centro en 2013, para la cicatrización de heridas quirúrgicas dehiscentes.

DEFINICIÓN, DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DE LA TPN

La TPN es una **terapia física** que se basa en la aplicación de una presión negativa (vacío) en el lecho de una herida. De hecho, la TPN aplicada a las heridas es una técnica que se remonta a varios siglos atrás, aunque disponemos de información publicada a partir de 1907, en la que el Dr. E. Klapp utilizó una bomba de succión para reparar tejido¹⁴, los últimos quince años ha evolucionado enormemente su desarrollo con la exis-

tencia de una gran cantidad de dispositivos disponibles en el mercado mundial.

La TPN se basa en la aplicación de una presión sub-atmosférica, es decir menor de 760 miligramos de mercurio (< 760 mmHG), en el lecho de la herida para poner en marcha toda una serie de mecanismos que favorecen un medio húmedo, evacua el exudado, reduce el edema tisular, contrae los bordes de la herida, estimula mecánicamente el lecho de la herida y altera el flujo sanguíneo en los bordes de la herida. Todos estos factores estimulan la angiogénesis y la formación de tejido de granulación actúan creando o mejorando las condiciones para que se pueda desarrollar el proceso cicatricial¹⁵.

Los dos sistemas utilizados en nuestro centro son:

1. El **sistema con reservorio** (figura 1), para heridas abundantemente exudativas. El reservorio tiene una capacidad de 300 ml, se puede cambiar las veces que sea preciso sin tocar el apósito de la cura. Permite ajustar el nivel de presión negativa y el tipo de presión que puede ser continua, intermitente o variable. Como desventaja resulta un sistema un poco grande y pesado, pero muy útil en este tipo de heridas que drenan en gran cantidad de exudado.

2. El **sistema para heridas de escaso a moderado exudado** (figura 2), dotado de un apósito absorbente que puede llegar a contener hasta 300 ml en cada cambio de apósito, este sistema mantiene una presión negativa continua y fija a -80 mm Hg. Este dispositivo es muy cómodo de llevar, cabe en un bolsillo, no pesa y es de manejo muy sencillo.

ENFERMERA EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE MAMA (UFM)

En la Unidad Funcional de Mama del Institut Català d' Oncologia, ICO - Bellvitge, se realiza oncoplastia y cirugía reconstructiva inmediata siempre que es posible: reducción mamaria uni y bilateral, reconstrucción de glándula mamaria con técnica DIEP (*Deep inferior epigastric perforator*), también mediante colgajo de músculo *latissimus dorsi*, u otro tipo de colgajos como PAP (*profunda artery perforator*). También se realizan reconstrucciones con prótesis mamarias o combinadas con expansores tisulares previo a la reconstrucción definitiva.

En los casos en los que las complicaciones intra o postquirúrgicas deje dehisencias de varios centímetros de longitud o profundidad el sistema de TPN aporta en muchos casos una aceleración en la cicatrización. Nuestros criterios para su utilización son:



Paso 1. Colocación del apósito sobre la herida, alejando la zona de aspiración del centro de la herida.

Paso 2. Fijar bien el apósito a la piel para obtener una correcta adherencia.

Paso 3. Añadir unos adhesivos alrededor del apósito para evitar la pérdida de vacío.



Paso 4. Realizar la conexión del apósito a la máquina mediante los tubos de una y otra parte.

Paso 5. Conectar el dispositivo de TPN.

Paso 6. Comprobar que queda hecho el vacío (adherido a la herida y endurecido por la falta de aire).

Gráfico 1. Proceso de colocación del sistema TPN modelo PICO®

1. Complicaciones en el postoperatorio: dehiscencia, necrosis de piel y lecho quirúrgico, hematomas e infecciones que es preciso drenar.
2. Cuando es importante reducir el tiempo de cicatrización, casos en los que hay que iniciar tratamientos de quimioterapia / radioterapia en pocas semanas.

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DEL SISTEMA DE TPN

- En heridas quirúrgicas abiertas se puede aplicar el sistema de TPN directamente.
- Si hay necrosis de tejidos, es preciso intensificar las curas con desbridamiento al máximo de tejido necrótico, en el momento en que disminuye el tejido esfacelado, ya podemos empezar a utilizar la TPN.
- En heridas cavitadas, se introduce una espuma de poliuretano de estructura de poros abiertos, en el espacio hueco de la herida para ayudar a sellar el sistema mejor y a retirar el tejido necrótico residual y se coloca el sistema de TPN.
- En heridas infectadas puede utilizarse el sistema de TPN añadiendo en el lecho de la herida un apósito con plata

nano cristalina que elimina gran parte de las bacterias.

- Es recomendable mantener la presión negativa el máximo de horas al día¹⁶.

Se da información oral y escrita del funcionamiento del sistema para que puedan desconectarlo antes de la ducha y volver a conectarlo después.

El proceso de la colocación del sistema de TPN modelo PICO® se explica en el gráfico 1.

CONTROL DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA

La enfermera de la UFM tiene un rol avanzado como especialista en el cuidado de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama durante todo el proceso de la enfermedad¹⁷, desde el diagnóstico y estadificación del cáncer, durante los diferentes tratamientos específicos y en situaciones potencialmente vulnerables como en caso de fragilidad del paciente o de efectos indeseables del tratamiento, como en el caso de las complicaciones postquirúrgicas. La enfermera especialista en cáncer tiene un rol clínico y de gestión de casos, pero también con intervención asistencial¹⁸.

Las pacientes son visitadas por la enfermera de la UFM **previamente a la intervención quirúrgica** para:

- Realizar la valoración integral de las necesidades de la paciente.
- Realizar educación sanitaria sobre la enfermedad y el tratamiento, en este caso la intervención quirúrgica.
- Realizar educación sanitaria sobre los auto-cuidados en el domicilio.
- Dar la cita de nuevo con la enfermera tras el alta hospitalaria, calculando los días probables de ingreso según el tipo de intervención prevista.
- Proporcionar teléfonos en caso de problemas en el postoperatorio en domicilio, evitando en lo posible, que la paciente tenga que acudir al servicio de urgencias.

Tras la intervención las pacientes son visitadas precozmente para el control de las complicaciones postquirúrgicas por las enfermeras de la UFM (aproximadamente entre 2 y 5 días tras el alta).

Cuando se visita la paciente tras la intervención se tienen en cuenta las anotaciones del curso clínico realizadas por el equipo médico y de enfermería durante la hospitalización, donde en algunos

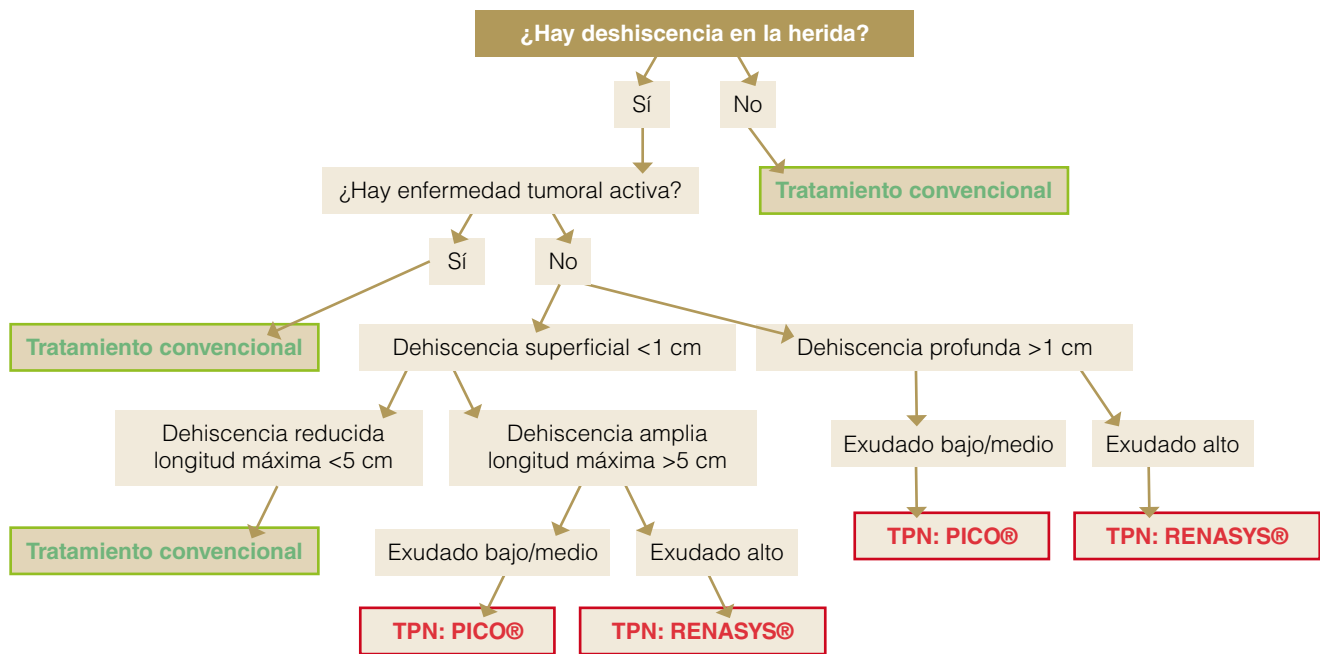


Tabla 1. Algoritmo de decisión sobre el tipo de cura.

casos ya se ha apreciado signos de epidermolisis, por ejemplo, en alguna zona de la mama reconstruida o de la zona dadora en casos de injertos de tejido autólogo.

Se observa la zona quirúrgica y se hace una anamnesis de la evolución de los signos y síntomas sospechosos de complicaciones que puedan aparecer o que sean ya evidentes.

Se decide el plan de curas y el tipo de seguimiento, generalmente en la consulta de la enfermera de la UFM y en algunos casos se lleva a cabo combinado con la enfermera en el área básica de salud, o en el domicilio de la paciente, según el tipo de complicación, las curas que se precisen, las preferencias de la paciente y las posibilidades de desplazamiento según la zona en que ésta reside.

Este plan de cuidados, no es estático, sino que evoluciona adaptándose a la situación de la paciente.

Cuando hay dehiscencias de la herida quirúrgica la enfermera y el cirujano valoran conjuntamente el tipo de cura y la indicación o no de un sistema de TPN y qué tipo es el más adecuado en cada caso, según el algoritmo representado en la *tabla 1*.

Una vez se ha decidido que el sistema de TPN está indicado en la cura de la paciente y ella lo acepta se explica en qué consiste y cómo manejarlo en el domicilio.

La técnica consiste en:

- Limpiar la herida con un suero fisiológico o con un producto suave.
- Retirar el tejido necrótico si precisa con medidas físicas o químicas (permite la utilización de pomadas o geles).
- Colocar el apósito del sistema de TPN, asegurando que queda completamente sellado, para evitar fugas y por tanto la pérdida de la presión.

La retirada del apósito en cada una de las curas conlleva muy poco dolor por-

que éste es siliconado y se desprende con facilidad.

Se cita a la paciente en la consulta de enfermería 2 veces/semana o incluso 1 vez/semana si el exudado es mínimo.

El cirujano valora la herida 1 vez / semana junto a la enfermera.

DISCUSIÓN

Nuestra experiencia de unos 2 años utilizando el sistema de TPN para ayudar en la cicatrización de las heridas quirúrgicas, con un total de pacientes cercano a 50.

El sistema ha sido aceptado por todos los cirujanos de la unidad, ginecólogos y cirujanos plásticos y sobre todo por las pacientes, que se benefician en no tener que realizar ellas las curas en el domicilio y manifiestan que el sistema utilizado PICO® es cómodo y de manejo sencillo. Este tipo de cura se ha añadido al protocolo de tratamiento de la Unidad Funcional de Mama del ICO, instaurán-



Figura 3. Reducción bilateral oncoplastica complicada por dehiscencia e infección.



Figura 4. Colocación de apósito de plata nano cristalina.



Figura 5. Colocación de dos sistemas TPN.

dose como un tratamiento más a elegir según las indicaciones y preferencias de las pacientes.

Así pues, disponemos de una herramienta más que ofrecer a nuestras pacientes para acelerar la cicatrización de las heridas cuando éstas se han complicado, mejorando algunos aspectos frente a otros tipos de cura¹⁹:

- Epitelización media de 3 semanas, en heridas con varios centímetros de diámetro y de profundidad, reduciendo en muchos casos casi a la mitad el tiempo de cicatrización, de acuerdo a la literatura existente, como el caso del estudio de Campbell que en 2008 realizó un estudio comparativo de un sistema de presión negativa, en que mostró una reducción global media del volumen de la herida del 88,0% ($p < 0,001$) y una reducción del 68,0% en el área ($P < 0,001$) en comparación con el grupo control en el transcurso de la TPN²⁰. Ésto favorece el inicio de los diferentes tratamientos adyuvantes a la cirugía, como la quimioterapia y/o la radioterapia en tiempo óptimo, ya que por ejemplo, su uso concomitante con el tratamiento de quimioterapia no conlleva ningún inconveniente y al acelerar la cicatrización favorece que el tratamiento de radioterapia no se tenga que retrasar, teniendo en cuenta

que éste debe llevarse a cabo con las heridas cicatrizadas.

- Las pacientes manifiestan mayor tranquilidad por no tener que ver ni manipular la herida en su domicilio.
- Aumenta la calidad de vida por poder seguir realizando las actividades de la vida diaria como salir a la calle, ducharse, moverse y otros...
- Proporciona alta seguridad a las pacientes ya que el apósito sella la herida y no hay riesgo de salida al exterior de exudado.
- Algunas pacientes presentan dermatitis G2 con prurito por el adhesivo del apósito, que en algunos casos es temporal y en otros es motivo para la retirada del sistema de TPN.

Existe consenso acerca de su utilización en pacientes con procesos reconstructivos como es el caso de las pacientes mastectomizadas, ya que se consideran libres de tejido tumoral, aunque alguna literatura relata que la TPN está contraindicada para heridas neoplásicas o tumorales²¹.

Como **conclusión**, esta nueva técnica aporta 3 novedades frente a la cura clásica:

1. Es especialmente útil en las curas de cierre de herida por segunda intención, porque acelera la cicatrización

mejorando la calidad del lecho de la herida, reduciendo el tamaño y la complejidad de la herida. La TPN protege frente a la infección al sellar la herida y tener menos probabilidades de contaminación ambiental.

2. Mejora la comodidad del paciente reduciendo el dolor de la herida por la disminución de los cambios de apósitos a 1 ó 2 veces/semana y mejora la movilidad de las pacientes por la mejora en la gestión del exudado de la herida y el olor.
3. Menor coste económico para el sistema sanitario por la reducción del tiempo para el cierre de las heridas, mediante la reducción del tiempo de enfermería en número de curas totales y la prevención de complicaciones de la herida y menor coste económico para el paciente porque es el hospital el que costea el material y porque se reducen los desplazamientos al hospital a una o dos curas semanales. ➡

BIBLIOGRAFIA

1. Planificació i Avaluació. Pla Director d'Oncologia. Estratègia i prioritats del càncer a Catalunya. Objectius 2010. Direcció de Serveis i Qualitat, Servei Català de la Salut. Departament de Salut.
2. A.R.M. Wilson et al. EUSOMA. The requirements of a specialist breast centre. *European Journal of Cancer*. 2013; 49: 3579 – 3587. [Consultado Feb 2015]. Disponible en: <http://www.eusoma.org/Engx/BreastUnits/Guideline.aspx?cont=breast>.
3. Grupo de trabajo protocolo. Tratamiento del cáncer de mama. Hospital Universitario de Bellvitge. Institut Català d'Oncologia. 2010.
4. Martin M., et al. Estudio epidemiológico del grupo GEICAM sobre el cáncer de mama en España (1990-1993): proyecto "El Álamo". *Med Clin*. 2004; 122(1): 12-7.
5. Sánchez N. B., Rubiano J. Cirugía oncológica en cáncer de mama. *Revista colombiana de cirugía*. 2008. Vol 23 N°4 Oct-Dic.
6. Villar-Compte D., Castillejos A., Hernández-Mello N., Robles-Vidal C., Volkow P. Characteristics and treatment of surgical site complications in patients undergoing mastectomy at a cancer hospital in Mexico. *Wounds*. 2010; 22(12): 316-321.
7. Xue D. Q., Quian C., Yang L., Wang X. F. Risk factors for surgical site infection after breast surgery: A systematic review and meta-analysis. *EJS*. 2012; 38: 375-381.
8. Stephen-Haynes J., Bielby A., Searle R. Putting patients first: reducing the human and economic costs of wounds. *Wounds*. 2011; 7(3): 47-55.
9. Gill et al. "Homemade" Negative Pressure Wound Therapy: Treatment of Complex Wounds under Challenging Conditions. *Wounds*. 2011;23(4):84-92.
10. Brem M. H., Bail H. J., Biber R. Value of incisional negative pressure wound therapy in orthopaedic surgery. *Int Wound J*. 2014; 11 (suppl. 1):3-5.
11. Hardwicke J., Paterson P. A role for vacuum-assisted closure in lower limb trauma: a proposed algorithm. *Int J Low Extrem Wounds*. 2006;5:101-104.
12. Bruhin A., et al. Systematic review and evidence based recommendations for the use of Negative Pressure Wound Therapy in the open abdomen. *International Journal of Surgery*. October 2014. Vol 12, Issue 10, pages 1105-1114.
13. Kostaras E., Tansarli G., Falagas M. Use of Negative-Pressure Wound Therapy in Breast Tissues: Evaluation of the Literature. *Surgical infections*. 2014. Volume 15, Number 6.
14. European Wound Management Association (EMWA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd, 2007.
15. Henderson V., Timmons J., Hurd T., Deroo K., Maloney S., Sabo S. NPWT in everyday practice Made Easy. *Wounds International* 2010. 1(5). [Consultado en Julio 2015]. Disponible en: <http://www.woundsinternational.com>
16. Malmström M., Borgquist O. TPN opciones de configuración y de apósitos hecha fácil. *Wounds International* 2010; 1(3). [Consultado Agosto 2015]. Disponible en <http://www.woundsinternational.com>
17. Eicher M., Kadmon I., Claassen S. Training breast care nurses throughout Europe: the EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing. *Eur J Cancer*. 2012;48:1257-62.
18. Ferro T, et al. Institut Català d'Oncologia, Hospital Universitari de Bellvitge. Document Marc sobre les Unitats Funcionals d'Atenció Oncològica. Barcelona: 2012.
19. Birke-Sorensen H., Malmström M., Rome P., Hudson D., Krug E., Berg L. et al. Evidence-based recommendations for negative pressure wound therapy: Treatment variables (pressure levels, wound filler and contact layer) - Steps towards an international consensus. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2011; 64.
20. Campbell P. E., Smith G. S., Smith J. M. Retrospective clinical evaluation of gauze-based negative pressure wound therapy. *Int Wound J*. 2008;5:280e6.
21. Runkel N., Krug E., Berg L. et al. Evidence-based Recommendations for the Use of Negative Pressure Wound Therapy in Traumatic Wounds and Reconstructive Surgery: Steps towards an international consensus. *Injury Int. J Care Injured*. 2011. Feb; Vol 42: Suppl 1. S1-S12.

Este trabajo fue presentado en el 1º Congreso Español de la Mama, en Madrid, 17 a 19 de octubre de 2013. Título: Nuevas técnicas en la cura de heridas abiertas tras una cirugía reconstructiva de cáncer de mama. Uso de terapia de presión negativa. Obtuvo el premio a la mejor comunicación en el apartado de enfermería y técnicos.



Entrevista a...

Pilar Camarero Gómez

Enfermera de Prácticas Avanzadas en la UGCI de Oncología Médica de Málaga



Antonio Zamudio

¿Cómo has llegado a ser enfermera de oncología?

Recuerdo que mi última rotación de prácticas de la carrera fue en la unidad de Oncología del Clínico y que pensé que me gustaría volver como enfermera. Pero cuando eres enfermera de contrato y además empezando, no puedes elegir mucho dónde quieres ir, sino que vas donde te toca y el destino elige un poco por ti.

A la planta de oncología llegué de esa manera, estaba en maternidad y un

día me dijeron que me cambiaban, aún recuerdo ese primer contacto con Pablo el supervisor que me dio un montón de papeles para que me los leyera antes de empezar y qué nervios se pasan por la responsabilidad que vas a tener.

La oncología enamora y a los que nos gusta ya no nos queremos ir. Antes de la bolsa única, en el clínico existían bolsas internas de especialidad y una de ellas era la de oncología en la que me metí para poder quedarme allí. Después con la bolsa única he tenido algún que otro

contrato fuera y eso me ha hecho reforzar mi pasión por la oncología e intentar siempre volver.

¿Tenías formación específica? ¿Es conveniente tener algunos conocimientos previos?

Cuando llegué a la Unidad de Oncología no tenía ninguna formación. Es un servicio muy complejo y la primera vez que te ves trabajando en él, te afloran muchas dudas y cuesta adaptarse. Al ser enfermedades que por lo general suelen ser

de larga evolución el paciente Oncológico, es un tipo de enfermo que conoce bien el proceso de su dolencia, a los profesionales y a sus cuidados por lo que es un paciente muy "exigente" en el buen sentido de la palabra y cuando ve caras nuevas, hasta que no te conoce no suele confiar en ti.

Es muy importante tener conocimientos previos en el área de oncología, de los tratamientos antineoplásicos, su forma de administración, de las toxicidades, reacciones adversas. Creo que sería conveniente la existencia de la especialidad de enfermería oncológica. En la actualidad a los profesionales de nueva incorporación en periodo de vacaciones, se les establece un programa formativo, en el cual participo.

El arsenal terapéutico que manejamos es extenso y con frecuencia salen esquemas terapéuticos nuevos con los que hay que familiarizarse. Por ésto, es necesaria una formación continua en el área de oncología.

Y por supuesto no nos podemos olvidar de la formación en habilidades de comunicación y empatía para poder abordar la esfera emocional que requieren estos pacientes.

Cuéntanos tu día a día en la consulta

Ahora mismo se realizan diferentes funciones. Desde técnicas, formación e información a pacientes y familiares en cuanto a su proceso de enfermedad así como de su régimen terapéutico, todo ello desde un abordaje más humanizado. A los pacientes y a sus familiares que acuden por primera vez para recibir tratamiento, les realizamos una primera visita de enfermería, donde se realiza una valoración integral, se le informa sobre régimen terapéutico, reforzando la información que ha sido suministrada por otros miembros del equipo, los posibles efectos secundarios del tratamiento, como tratarlos y les explicamos cuando una complicación es susceptible de que tengan que acudir a nuestra consulta en forma de urgencia. Además les intentamos resolver las dudas que les puedan surgir y todo ello apoyado con telecuidados a demanda y programa-

dos para fomentar la continuidad de los cuidados. También les explicamos que en caso de urgencias por toxicidad de tratamiento se les atenderá en el horario de la consulta no teniendo que asistir a las urgencias del hospital lo que les otorga unos cuidados integrales, personalizando su asistencia con un acceso diferenciado.

Ahora que estáis comenzando con prácticas avanzadas en enfermería, ¿en qué consiste? ¿de qué manera mejora los cuidados del paciente?

Se trata de dar un pasito hacia una mayor calidad asistencial. Ya se ha implantado en países como Reino Unido, que apuestan por nuevos modelos de atención al paciente crónico, adaptándose en nuestro caso a las necesidades del paciente oncológico.

Lo que pretendemos es garantizar una atención individualizada y de calidad al paciente y su familia. Mejorando esa accesibilidad que tiene el paciente a nuestro al servicio de oncología. Queremos fomentar el autocuidado, con ese término que está de moda "empoderar" al paciente para que sea un elemento activo, con capacidad de decidir, elegir e interactuar. Todo ésto se consigue con mayor formación donde se hace imprescindible la promoción de la salud y la educación sanitaria. Se pretende instruir al paciente para que éste entienda su enfermedad y el proceso de su tratamiento, para ello necesita un acceso directo a nosotros. La enfermera de práctica avanzada debe ser el primer contacto cuando existan dolencias menores, que se puedan resolver.

Otra de las tareas de la enfermera de práctica avanzada es la de formación, mediante sesiones formativas para acercar el paciente oncológico a otros profesionales sanitarios.

Por último, ampliar el campo de la investigación. Estamos comenzando a desarrollar proyectos, como el que estamos trabajando en la actualidad que consiste en un EECC, donde cómo una intervención de enfermería puede mejorar la fatiga en pacientes con cáncer de mama en revisión.

El proceso oncológico es muy duro y lo que se pretende con este nuevo proyecto es mejorar el cuidado del paciente, ofreciéndole una atención más individualizada y de calidad con profesionales que ejerzan el liderazgo en los cuidados, con habilidades comunicativas, empatía, escucha activa que den respuestas a sus demandas.

¿Qué mejoras ha habido en el tiempo que tú llevas? ¿qué se podría hacer todavía?

Las herramientas de trabajo han cambiado, el uso del formato papel para la historia y las prescripciones de los tratamientos ha evolucionado a la digitalización de las historias y las prescripciones electrónicas lo que agiliza bastante el trabajo y mejora la seguridad clínica.

La distribución de áreas de tratamiento según la duración de los mismos. La consulta de enfermería ha duplicado su labor asistencial, los telecuidados.

En cuanto a mejoras, el impulso a la investigación y formación de los profesionales, pilares fundamentales en nuestra profesión. Así como la introducción de la TICs en nuestra práctica asistencial, que nos ofertan un campo con desarrollo de mejoras en la atención clínica enorme.

¿Qué es lo más duro de tu trabajo? ¿Y lo más gratificante?

Con este tipo de pacientes acabas involucrándote mucho, compartes sus temores, su dolor, su angustia lo que supone una gran carga emocional y física. Hay que estar preparado para cualquier desenlace, hay recaídas y ves a pacientes que pasan momentos muy felices al terminar procesos de tratamiento con buen resultado, otros que tras una larga lucha no logran superarlo y todo eso hace mella en tu persona. Y a la vez estos momentos pueden ser gratificantes, cuando sientes que has hecho bien el trabajo, que la persona ha tenido un final de su proceso digno. En momentos duros para el paciente tienes que estar ahí y ofrecer la mejor de las ayudas e intentar mejorar su estado y al final consigues



que se sienta bien eso hace que estés feliz con tu trabajo.

También es gratificante ver que la ciencia avanza a pasos de gigante y cada vez hay más arsenal terapéutico para combatir esta enfermedad.

Y lo mejor de todo es el equipo humano con el que trabajo. Tengo unos compañeros con una gran calidad humana y profesional, son con ellos con los que se comparten los momentos malos y buenos.

¿Prácticas de enfermería 2.0? ¿De qué manera? ¿Qué aporta? ¿Cómo lo accogen los pacientes? ¿Y el resto de los compañeros?

Tuve la suerte de que contaran conmigo para formar parte de un maravilloso proyecto que hacía llegar el conocimiento de la Salud 2.0 a otros profesionales como nosotros y a los pacientes. ENDIMA14. El grupo formado por el colegio de enfermería, encabezado por el presidente del colegio Juan Antonio Astorga y dos de sus precursores el "Boss" (José Luis Gutiérrez) y "La Teniente" (Virginia Salinas) acompañado de un extraordinario grupo de trabajo de profesionales de la salud.

Pertenecer a este grupo me ha hecho crecer dentro de la salud digital y ver

que los avances tecnológicos no son un riesgo, sino que son una herramienta útil para nuestro trabajo. Aún la enfermería 2.0 en los profesionales ni en los pacientes y son más lo que lo ven como un peligro que como una ventaja. Está claro que cada vez más los pacientes vienen con información extraída de internet y por qué no usar esa herramienta para llegar a ellos de manera más rápida y eficaz intentado acabar con la infoxicación debida a que no saben filtrar la información válida. Debemos empoderar al paciente como hablábamos anteriormente, para que sepa gestionar su salud.

Hasta ahora en nuestro servicio, como conté en el blog de Endima, se les hace a nuestros enfermos la visita con salud 1.0, pero si se le ofrece posibilidades de salud 2.0 con telecuidados las 24 horas, esto hace que el paciente se sienta más seguro.

En mayo comenzará un pilotaje de la plataforma virtual de seguimiento nutricional, de pacientes con alto riesgo de desnutrición. El siguiente paso es crear una web en nuestra unidad donde el paciente con sus claves pueda acceder sin salir de casa, con esto podemos conseguir disminuir las visitas al hospital innecesarias y que resuelvan sus dudas. El paciente

crónico, como es el caso el oncológico, necesita de una asistencia diferente, como hemos comentado antes, empoderar al paciente para que sea participe de su enfermedad y así mejorar la relación profesional de la salud –paciente, todo ello promueve cambios hacia una mejor atención asistencial, lo que repercute en mejoras de su salud. Esto hará que el paciente acoja estos cambios de manera positiva ya que todos ellos van encaminados a mejorar su calidad de vida y la de sus familias. 🍷



Guías de cuidados para PADRES DE NIÑOS ONCOLÓGICOS

Autores: Arturo Bernaldo de Quirós Pérez, Juan Manuel Gavala Arjona, Susana Jordá Martí, Marcos Casas Pérez y M^a Elena Moreno Bahone. Unidad de Oncología Infantil. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Contacto: Juan Manuel Gavala Arjona. juanm.gavala@ssib.es

RESUMEN

Justificación: el cáncer es un proceso largo, que puede llegar a cronicarse. Para manejar bien la enfermedad es preciso que los cuidadores dispongan de todas las herramientas necesarias para poder afrontarla, junto con el paciente.

Objetivo: elaboración de unas guías de cuidados para padres de niños oncológicos

y profesionales de una unidad de oncología infantil.

Diseño y metodología: tras unas sesiones multidisciplinarias que se organizan en la unidad, los cuidadores nos refieren la necesidad de disponer la información en formato papel.

Resultados principales: elaboración de una guía de cuidados dividida en tres

cuadernos, en los que se tratan Cáncer y Tratamiento, Medidas de higiene, alimentación y cuidados y Apoyo Psicosocial, las cuales los padres refieren que les son de gran ayuda y soporte a la enfermedad.

Palabras clave: Guías, Cuidados, Cáncer, Infantil.

ABSTRACT

Justification: the cancer is a long process, which can become chronic. To manage the disease well that caregivers must have all the necessary tools to deal with it, along with the patient.

Objective: development of a care guide for parents of children with cancer and professionals pediatric cancer unit.

Design and methodology: after a multidisciplinary sessions organized in the unit, we refer caregivers the need for information in paper format.

Main results: development of a care guide divided into three notebooks in which Cancer and Treatment, Hygiene, food and care, and psychosocial support are treated, which parents relate

to them a great help and support the disease.

Keywords: Guides, Care, Cancer, Child.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Cuando un niño es diagnosticado de cáncer, es un acontecimiento inesperado y devastador, para las personas que rodean al niño. Esta situación representa un largo recorrido, con obstáculos y un resultado impredecible, donde el niño se convertirá en la prioridad de la familia y la nueva centralidad de la vida¹.

Hoy en día el cáncer es un proceso largo y muchas veces se puede convertir en crónico. Para poder manejarlo correctamente, existe la necesidad de realizar educación al cuidador principal y éste se consigue con el equipo multidisciplinar de salud².

En las últimas décadas, el cáncer infantil ha ido adquiriendo importancia en los países desarrollados debido, sobre todo, a los avances en diagnóstico, pronóstico y tratamiento, lo que ha repercutido en una disminución en la mortalidad. Actualmente es la segunda causa de muerte en la infancia, después de los accidentes infantiles⁴.

Las diferencias entre las neoplasias infantiles y las de adultos radican en:

- Tipo de tumor, siendo las más frecuentes, leucemias (25,1%), linfomas (14,1%) y tumores del sistema nervioso central (18,9%). Dentro de los tumores sólidos predominan los sarcomas y los tumores embrionarios.
- Gran sensibilidad de los tumores infantiles a la radioterapia y a la quimioterapia.
- Las peculiaridades del niño por su edad y desarrollo.

En España, en el informe del registro nacional de tumores infantiles (RNTI), se estima que la incidencia global es de 140 casos de cáncer por cada millón de niños en edades comprendidas entre los 0-15 años. En la edad pediátrica la neoplasia más frecuente es la leucemia, seguida de los tumores del SNC⁵.

En el caso de una enfermedad oncológica, los padres de estos niños deben

hacer frente al estrés producido por la noticia y por otro lado la desbordante información sobre pruebas, tratamientos, etc. Por tanto, debe tratarse como una enfermedad familiar⁵ y el apoyo del equipo multiprofesional en estos momentos es de vital importancia⁶. Los logros conseguidos no sólo son de los padres y los niños, sino también del equipo multidisciplinar⁷.

La participación de los padres en el tratamiento permite la reducción de los tiempos de hospitalización del niño, favorece la hospitalización domiciliaria y, en última instancia, mejora la calidad de vida del niño. Ésto implica procesos educativos protocolizados, adecuados a la enfermedad y a la capacidad de cada familia. En esta tarea es fundamental la ayuda del personal de enfermería⁸.

Unidad de Pediatría Oncológica del Hospital Universitario Son Espases:

La unidad de oncología pediátrica del Hospital Son Espases, se encuentra compartiendo módulo con las unidades de cirugía y traumatología infantil. El objetivo no es sólo curar al niño con cáncer, sino lograr que el niño llegue a ser un adulto sano física, emocional y socialmente. Para ello, la unidad reúne alrededor del niño a todos los especialistas, que forman un equipo de alta calidad sanitaria y humana ofreciendo seguridad, confianza, atención coordinada y personalizada a los pacientes.

Se atienden a niños, adolescentes y adultos jóvenes (desde los 0-18 años) con enfermedades hematológicas y oncológicas.

La unidad dispone de 33 camas, de las cuales 8-10 están reservadas para oncología-hematología, todas en habitaciones individuales. Ingresan pacientes que requieren ingreso hospitalario para tratamiento y/o manejo de situaciones agudas y postoperatorios. Durante los ingresos hay supervisión médica pediátrica las 24 horas; los niños utilizan los espacios y recursos del resto de la Unidad, como son el aula escolar, la ciber-

caixa (donde hay ordenadores y juegos que comparten con otros niños ingresados), así como la terraza, donde hay un pequeño parque infantil. Con la unidad colaboran varias asociaciones como son Aspanob (padres de niños con cáncer de Baleares), La sonrisa médica (Payasos de Hospital), Na Marga Sonriu, Yes with Cancer, así como varios artistas de nuestra comunidad, Chenoa, María Bimbolles...

Los profesionales de enfermería y auxiliares, trabajan de forma fija en la unidad lo que facilita la atención de los enfermos y aumenta la satisfacción del paciente y los familiares. Además de su labor asistencial, el equipo de enfermería realiza trabajos de investigación y se dedica a la docencia. Así mismo, atienden de forma regular a cursos de formación continuada y congresos de la especialidad. También participan activamente con el colegio oficial de enfermería de la comunidad de las Illes Balears.

En la actualidad, si los cuidadores principales presentan dudas, son atendidos por los enfermeros y/o auxiliares de la unidad de oncología pediátrica las 24 h del día, y en turno de mañana en el hospital de día pediátrico.

OBJETIVO

- Elaboración de una guías de cuidados para padres de niños oncológicos y profesionales de la unidad.
- Satisfacer a las familias por la elaboración de las guías.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: elaboración de una guía de cuidados.

Ámbito de estudio: unidad de hospitalización oncología pediátrica y hospital de día pediátrico del Hospital Universitario Son Espases.

Entre los años 2012-2014 se realizan en la unidad de hospitalización sesiones informativas para padres de niños oncológicos en los que se les orienta sobre los cuidados que a partir de ese momento

| Ns | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| No sabe/ no contesta | Muy deficiente/ Total desacuerdo/ Nada adecuado/ Nada actualizado | Deficiente/ Desacuerdo/ Poco adecuado/ Poco actualizado | Normal/ Término medio | Bueno/ Acuerdo/ Adecuado/ Actualizado | Excelente/ Total acuerdo/ Muy adecuado/ Muy actualizado |

| | Ns | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|---|
| Los temas son adecuados. | | | | | | |
| Se ha entendido el lenguaje. | | | | | | |
| Estoy satisfecho de la labor desempeñada por los docentes. | | | | | | |
| El taller cuenta con una adecuada planificación. | | | | | | |
| Los medios materiales han sido adecuados. | | | | | | |
| Los recursos informáticos han sido adecuados. | | | | | | |
| El personal que ha explicado los talleres es adecuado. | | | | | | |
| Estoy satisfecho con la información recibida. | | | | | | |
| Mantendría el taller para futuros familiares de niños ingresados. | | | | | | |
| El tiempo dedicado al taller ha sido adecuado. | | | | | | |
| Le ha dado más información de la que ya tenía. | | | | | | |
| Le han ayudado los talleres a saber actuar en caso de urgencias. | | | | | | |
| Le han aclarado dudas que tenían en relación al cáncer. | | | | | | |
| Estoy más tranquilo al tener más información del personal que atiende a su hijo. | | | | | | |
| Sugerencias o comentarios | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | |

Anexo 1. Encuesta de satisfacción.

deben tener. Son sesiones multidisciplinarias impartidas por enfermeros de la unidad de hospitalización y de hospital de día, oncólogos pediátricos, psicólogos y trabajadoras sociales.

Cada módulo de sesiones, consta de 3 días, que se realizan durante 3 semanas consecutivas en el mismo día de la semana.

Al terminar el módulo, se le entrega a los padres/familiares una encuesta de elaboración propia (anexo 1) para valorar la satisfacción de los cuidadores principales y repercusión de las actividades formativas.

RESULTADOS

Encuesta satisfacción de las sesiones multidisciplinarias

El 97% (n=68) cuidadores principales nos proponen poseer por escrito toda la información impartida en las sesiones. Por otro lado, el 70% (n=49) nos sugiere que la información no es proporcionada de igual manera por los distintos profesionales (médicos y enfermeras), de la unidad de hospitalización y del hospital de día.

Guías

A principios de 2014 se reúne el equipo multidisciplinar para poder solucionar estas peticiones y nos proponemos

como objetivo la elaboración de unas "Guías de cuidados Oncológicos pediátricos". Se trata de un documento de fácil acceso a las familias, que puedan consultar en cualquier momento y en cualquier lugar, con un lenguaje accesible y comprensible por los cuidadores. También es de vital importancia para los profesionales, ya que de esta manera se unifican los criterios de cuidados y la información que llega al paciente es clara y uniforme.

En estas guías abordamos la información más relevante para los cuidados de nuestros pacientes:

- Cuidados.



- Tratamiento.
- Técnicas de enfermería.
- Manejo de la enfermedad en el domicilio.
- Aspectos psicosociales.
- Hábitos de vida.

Para una mejor comprensión se decidió dividir las guías en 3 bloques:

1. Cáncer y Tratamiento.
2. Medidas de higiene, alimentación y cuidados.
3. Apoyo Psicosocial.

Cáncer y tratamiento

En esta guía se aborda qué es el cáncer infantil:

- Qué tipos existen.
- Cuáles son sus causas.
- Principales medios diagnósticos, se habla tanto de métodos radiológicos, como de punciones lumbares, medulas óseas, biopsias.
- Se explica qué es la aplasia.
- Se aborda el tema de la pérdida de pelo y los cambios de peso.

- Se explica en qué consiste la mucositis y se dan recomendaciones generales.

Otro apartado dentro de la primera guía está dedicado al tratamiento de los tumores. Se explica lo que son las principales líneas de actuación:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Cirugía.

En esta guía también existe un apartado especial destinado a los cuidados de Port-a-cath, ya que prácticamente el 100% de nuestros pacientes será candidato al uso de un reservorio subcutáneo.

Medidas de higiene, alimentación y cuidados

Especialmente apreciada por las familias es la segunda guía. Esta guía está enfocada a cómo deben proporcionar los cuidados los cuidadores en domicilio de una forma segura:

- Se trata de forma detallada la alimentación.

- Se hacen recomendaciones generales.
- Se trata acerca de la alimentación en situaciones específicas como estreñimiento, diarrea, vómitos, disminución del apetito, dolor en las mucosas...
- Se explica que con la quimioterapia pueden aparecer alteraciones en el gusto y olor de los alimentos.
- Se dan las normas y medidas higiénicas a seguir durante los periodos de Neutropenia.
- Otro punto tratado en la guía es la exposición al sol.
- Se dan pautas con respecto a las mascotas en el hogar.

Apoyo Psicosocial

Dentro de esta guía se trata el tema de la adaptación a la enfermedad y su afrontamiento:

- Se explican los cambios de comportamiento que surgen en el menor, además de cómo la enfermedad le afecta a su vida.
- Se dan pautas a las familias para comunicarse con los más pequeños.

- Se explica cómo la enfermedad cambia los roles en la relación padres-hijos.

Cronograma

Se establece un cronograma de actuación ante un nuevo caso de un paciente oncológico.

En los primeros días del ingreso se facilita la guía de Cáncer y tratamiento.

Ya durante el primer ingreso, que habitualmente es prolongado se facilita la guía de Apoyo psicológico.

Cuando tenemos la previsión de que esta familia abandone el hospital en su primer permiso se entrega la guía de Medidas de higiene, alimentación y cuidados que está enfocada a ayudarles durante su estancia en casa.

Evaluación

Al cabo de unos meses de la entrega de las 3 guías, se les hace entrega a

las familias de una encuesta de satisfacción, para evaluar si se cumplen las expectativas de los cuidadores.

El 100% (70) está satisfecha con las guías y nos sugiere algún cambio para próximas ediciones.

El 86% (60) nos sugiere que la guía que más ha utilizado y resuelto sus dudas es "*Medidas de higiene, alimentación y cuidados*".

El 97% (68) recomendarían estas guías a otras familias que están pasando por su misma situación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las guías de cuidados para padres de niños oncológicos es un soporte que se ha hecho indispensable en nuestra unidad, ya que ayuda a los profesionales a transmitir la información de manera adecuada y unificando criterios, así como ayuda a las familias a entender la

enfermedad y a resolver dudas que se le pueden plantear en un momento determinado en el domicilio.

Las guías se proporcionan en formato papel a las familias, pero también pueden descargarse a través de:

- <https://oncoinf.wordpress.com/2014/10/23/guias-oncopediatria/>
- <http://goo.gl/7fZgzQ>

Las guías están disponibles tanto en castellano como en catalán, aunque tenemos el proyecto de traducirlas a inglés y principalmente al árabe, ya que son el sector de población con el que más barrera idiomática tenemos. ☺

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva C. M. and Barbiéri M. C. Ser cuidador de un niño con cáncer. Un enfoque sobre la persona. Book of abstracts of 12th Annual International nursing research conference 12th-15th. Córdoba. November 2008, p. 492.

2. Educación sanitaria en oncología pediátrica como herramienta para la seguridad del paciente. Enfermería oncológica. 2013 [Consultado el 9 de enero de 2014], p. 12-6. Disponible en: <http://www.seeo.org/Users/Magazine/revistas/45/539.pdf>.

3. El cáncer en los niños y jóvenes. Asociación española contra el cáncer. [Consultado el 30 de enero de 2014]. Disponible en: www.aecc.es

4. García Hernández B. Sospecha de cáncer en pediatría. *Pediatr Integral* 2008; XII(6): 537-544.

5. Martínez M^a Ángeles. Cuidados de enfermería del niño oncológico y su familia. *Rev Enferm Univ Albacete*. 1997; 7: 40-45.

6. Serradas Fonseca M. Colaboración interdisciplinaria en la atención del niño con cáncer y su familia. *Rev Venez Oncol* 2010; 22(3): 174-186.

7. Batoca, E. et al. Percepción de los padres de los niños hospitalizados acerca de la potenciación de la familia. Book of abstracts of 16th Annual International nursing research conference 6th-9th. Cartagena. November 2012, p. 372.

8. Grau C., Espada M. C., Fortes M. C. Relaciones padres-médicos en oncología: un enfoque cualitativo. *An Sist Sanit Navar*. 2010; 33(3): 277-85.



Nuestr@s compañer@s de...



Unidad de radioterapia del Hospital GREGORIO MARAÑÓN

Rosabel Escamilla y Manuel Olivares

La Radioterapia constituye uno de los pilares fundamentales en la terapéutica antineoplásica y participa en la erradicación de un importante número de tumores, bien utilizada como modalidad única o bien combinada con otros tratamientos. Está indicada en aproximadamente un 60% de los pacientes que padecen algún tumor maligno.

La Radioterapia, al igual que la Cirugía, es una opción terapéutica de ámbito loco-regional. Se indica para tratar un volumen delimitado y perfectamente definido en base a la historia natural de la enfermedad oncológica que se trate.

La finalidad última de todo tratamiento radioterápico es conseguir y/o contribuir a la curación de un paciente o al alivio de sus síntomas. Este objetivo pasa por conseguir administrar una determinada dosis de radiación en un volumen blanco previamente definido con la mínima dosis posible en los tejidos sanos circundantes y sin sobrepasar los límites de tolerancia de éstos.

La unidad se encuentra ubicada en la PLANTA -2 del Pabellón Príncipe de Asturias del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

APARATAJE

- Sinergy.
- Infinity.
- Precise.
- Simulador (TAC) para la planificación de los tratamientos.

En las dos primeras máquinas se aplica tratamiento tanto a adultos como a niños con o sin sedación.

DOTACIÓN DE PERSONAL

3 Técnicos y una Enfermera por máquina. El Simulador de TAC dispone de 2 Técnicos y una Enfermera.

CONSULTA DE ENFERMERÍA

Se realiza el primer día de tratamiento. Se le informa sobre la higiene de la zona irradiada, la hidratación de la piel, la dieta, ejercicios recomendados, en definitiva, todo lo necesario para una buena tolerancia al tratamiento.

Se realiza control una vez por semana de la piel y de los problemas que surjan. La consulta es a demanda del paciente en cualquier momento que lo necesite.

En la Radioterapia infantil, la enfermera colabora reforzando la información de forma clara y concisa, ayudando a resolver dudas:

- Escuchando y favoreciendo la expresión de los sentimientos y emociones.
- Ayudando a convivir con la enfermedad, a como normalizar la vida del niño y como continuar con la vida familiar y social.
- Recomendando cuidados preventivos para retrasar y minimizar los efectos secundarios del tratamiento radioterápico.
- Proporcionando información de recursos sanitarios y asistenciales.

La enfermera también colabora con los anestesiólogos para la sedación y con los técnicos en la correcta colocación del paciente así como con la vigilancia del paciente durante la administración del tratamiento bajo anestesia y en la recuperación postanestesia. ➡



DERRAMES. ASCITIS

DESCRIPCIÓN

Es la acumulación patológica de líquido intraperitoneal. La ascitis maligna (AM) consiste en la presencia de células neoplásicas en el líquido intraperitoneal.

El 10% de las ascitis están causadas por cáncer. Un 80% de estos tumores serán epiteliales: ovario, endometrio, mama, tracto gastrointestinal y páncreas. Un tercio de las ascitis en pacientes con cáncer no son producidas por la neoplasia.



ETIOLOGÍA

La AM es un exudado rico en proteínas procedente de las células tumorales debido a un aumento de la permeabilidad capilar, a hipertensión portal por estenosis de las venas portales, a la invasión de los ganglios linfáticos o del hígado, a un aumento de la permeabilidad de la superficie peritoneal debido a las secreciones tumorales paracrinas y a hipoproteïnemia. Se produce como consecuencia del aumento del flujo de entrada del líquido en el espacio extravascular o la disminución del flujo de salida.

La AM se clasifica en 4 grupos atendiendo al diagnóstico y a las posibilidades de tratamiento:

1. Ascitis central.
2. Ascitis periférica.
3. Ascitis mixta.
4. Ascitis quillosa.

Se produce un aumento del perímetro abdominal con sensación de plenitud y dificultad respiratoria. También puede presentarse astenia, pérdida de peso, anorexia e insuficiencia hepática.

DIAGNÓSTICO

Se basa en la exploración física y pruebas complementarias (radiografía de abdomen, ecografía abdominal y TAC abdominal). La paracentesis confirma la existencia de líquido en la cavidad abdominal y permite su análisis para identificar la causa.

TRATAMIENTO

Debe enfocarse al control de síntomas asociados, pues la mediana de supervivencia no se alarga más allá de 2-3 meses. En consecuencia, una ascitis asintomática no debería tratarse de forma habitual.

Las medidas terapéuticas a realizar se basan en los siguientes puntos:

1. Restricción de sal y líquidos forzando la diuresis de forma lenta y progresiva sin sobrepasar la capacidad del paciente para movilizar el líquido ascítico.
2. El uso de paracentesis repetidas y drenajes externos es un método rápido y simple, para alivio sintomático rápido o cuando han fracasado los diuréticos.
3. El tratamiento del tumor causante de la ascitis se reserva para los tumores sensibles a quimioterapia.
4. Otras técnicas como la derivación peritoneo-venosa, en que se comunican el peritoneo y la vena cava superior, deben indicarse en pacientes con ascitis refractarias, un pronóstico de vida de más de 3-6 meses y buen estado general, ya que presentan una morbilidad de más del 50%.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Educar al paciente y familia sobre la aparición de la siguiente clínica: aumento del perímetro abdominal, sensación de plenitud y dificultad respiratoria.
- Educar al paciente y familia sobre hábitos dietéticos, medidas de control (diuresis y peso).
- Educar al paciente y familia sobre el 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 .204.



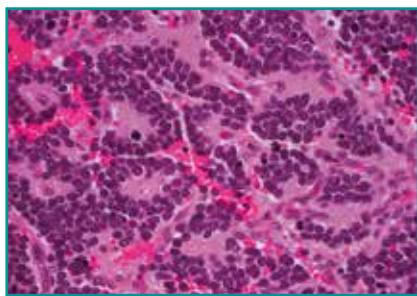


Antonio Zamudio



LA CRIOTERMOABLACIÓN, VÍA DE RESCATE PARA PÁNCREAS AVANZADO SIN METÁSTASIS

Se plantea como un rescate para los pacientes con tumores de páncreas en fases en las que ya no es posible una resección quirúrgica porque se pueden reducir las células viables del tumor hasta hacerlo resecable quirúrgicamente. ■



PRIMER ENSAYO MUNDIAL DE TERAPIA CELULAR CON VIRUS ONCOLÍTICO EN NEUROBLASTOMA

La administración de células madre mesenquimales como vectores de virus oncolíticos para tratar el neuroblastoma ya ha llegado al ensayo clínico. ■



LAS PATOLOGÍAS DEL SUEÑO FAVORECEN EL DESARROLLO DEL CÁNCER

Un estudio publicado en 'JamaOncology' sobre 2.413 mujeres con cáncer de mama, sin diabetes, que desvela que las mujeres que mantenían un ayuno mínimo de 13 horas (favorecido por un sueño adecuado) sufrían menos recurrencia. ■



UNA ALTERACIÓN GENÉTICA PREDICE LA RESISTENCIA AL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO

Un estudio realizado por investigadores del Hospital Clínico de Barcelona y el Idibaps demuestra que la detección de una alteración genética en la sangre de pacientes con cáncer de próstata predice la resistencia a la quimioterapia más eficaz en esta enfermedad. ■



TOMOGRAFÍA DE BAJA RADIACIÓN, ARMA EN CRIBADO DE PULMÓN

El cribado del cáncer de pulmón puede con tomografía de baja radiación en mayores de 55 años, con historial de más de 30 años de tabaquismo porque detecta lesiones en fase muy inicial. ■



NUEVOS MECANISMOS DE RESISTENCIA A LA QUIMIOTERAPIA

Una proteína frecuentemente elevada en células tumorales, la CDC25A, es una de las responsables de la resistencia a quimioterapia, según publica Molecular Cell. ■



HALLAN LA CAUSA DE ACUMULACIÓN DE MUTACIONES EN PULMÓN Y MELANOMA

Investigadores españoles han hallado la causa de la acumulación de mutaciones genéticas en ciertas regiones del genoma de melanomas y cánceres de pulmón. ■

V BECA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA 2016



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

www.seeo.org

La investigación en Enfermería Oncológica tiene un importante papel en la calidad y evolución de los cuidados, y en el desarrollo profesional. Ambos contribuyen directamente en los resultados de salud, con relación a la enfermedad del cáncer, y en la toma de decisiones en la organización de los diferentes ámbitos sanitarios.

La SEEO, consciente de las dificultades tanto organizativas como de financiación para desarrollar los diferentes proyectos de investigación, ha decidido crear una beca específica cuyos objetivos fundamentales son:

- **Impulsar el desarrollo de proyectos de investigación en áreas de la Enfermería Oncológica relacionados con los cuidados a los pacientes con cáncer, en cualquiera de las fases de la enfermedad, y mejora continua de la calidad.**
- **Contribuir a aquellas estrategias que aporten un beneficio a la población en relación al cáncer: educación para la salud y cuidados al paciente y sus cuidadores. Campañas de prevención del cáncer.**
- **Promover la calidad en el proceso de investigación.**



BASES

1. Se concederá una Beca de Investigación en Enfermería Oncológica a un proyecto de investigación original e inédito.
2. Podrán optar a la Beca aquellos proyectos cuyo investigador principal sea español y desarrolle su actividad profesional en España. Y como mínimo, uno de los investigadores tiene que ser miembro de la SEEO.
3. El desarrollo del proyecto deberá realizarse necesariamente en España, y en un plazo máximo de 24 meses.
4. No se podrán presentar proyectos que opten simultáneamente a otros premios o becas similares públicas o privadas, tanto en España como en el extranjero.
5. Para concursar se enviará el original en formato electrónico del Proyecto de Investigación a la Secretaría General de la SEEO, incluyendo dirección de correo electrónico y teléfono de contacto. Plazo de entrega desde el 26-04-2016 hasta el 26/05/2016.
6. El formato de presentación del proyecto deberá reunir los siguientes apartados en dos documentos:
 - a. Documento de solicitud que debe contener:
 - I. Título del proyecto y centro de trabajo en el que se va a llevar a cabo.
 - II. Nombre y apellido del investigador principal del proyectos, datos de contacto incluyendo teléfono de contacto y dirección de correo electrónico.
 - III. Datos del resto de investigadores que forman parte del equipo de investigación.
 - IV. Curriculum vitae básico de cada uno de los investigadores.
 - b. Documento del Proyecto de Investigación anonimizado que debe contener:
 - I. Un resumen máximo de 300 palabras.
 - II. Antecedentes sobre el tema del proyecto de investigación, con una extensión entre 500 y 1000 palabras.
 - III. Interés científico y práctico del tema propuesto, resultados esperados; máximo 500 palabras.
 - IV. Hipótesis y Objetivos generales y específicos de la investigación. Máximo 500 palabras.
 - V. Metodología: Máximo 750 palabras.
 - VI. Limitaciones previstas de la investigación, probables sesgos: Máximo 500 palabras.
 - VII. Conclusiones y resultados.
 - VIII. Presupuesto económico detallado.
 - IX. Plan de difusión.
 - c. Normas de presentación:
 - Formato DIN-A4.
 - Utilizar un único tipo de letra (Arial o Calibri, medida 11).
 - Texto: justificado, espacio interlineado de 1,5 y márgenes de 2,5 cms.
 - Correcto ortografía y gramaticalmente.
 - Las referencias bibliográficas se citarán según normas de Vancouver.
7. La Beca de Investigación en Enfermería Oncológica tiene una dotación de 5.000 Euros, y se entregará en 2 fases: 2.000 euros en el momento de la concesión y por último 3.000 euros al ser aprobado, por el Tribunal, el redactado final de los resultados del estudio.
8. El resumen del proyecto podrá ser utilizado para su publicación en la revista de la SEEO y en su página web, lo que obligará a ceder la titularidad del copyright a la SEEO, aunque respetando el nombre de los autores.
9. El investigador principal deberá remitir a la SEEO un informe final de la ejecución del proyecto a los 24 meses del anuncio de la concesión.
10. El Tribunal estará formado por tres miembros del ámbito de la investigación, en que como mínimo uno de ellos será miembro de la SEEO, nombrados por la Junta Directiva. El comité Evaluador realizará la evaluación de los proyectos de forma ciega.
11. El proceso de adjudicación por parte del Tribunal se realizará tras la valoración de los proyectos presentados y la deliberación del Tribunal, que finalmente llevará a cabo una votación secreta para emitir la decisión de adjudicación de la beca.
12. El investigador o investigadores que pertenezcan al proyecto al que se adjudique la Beca en Enfermería Oncológica, podrán optar a otras ediciones de la misma, siempre y cuando hayan entregado el informe final de la ejecución del proyecto.
13. La concesión de la Beca no presupone el pago de las cantidades descritas restantes si, a juicio del Tribunal, en algún momento el investigador incumpliera cualquiera de las Bases de la Beca.
14. Las decisiones del Tribunal son inapelables. La Beca de Investigación en Enfermería podrá ser declarada desierta, a juicio del Tribunal, en caso que los proyectos no reúnan los requisitos técnicos y científicos suficientes. El valor de la Beca podrá destinarse a otras ayudas, según criterio de la SEEO.
15. La aceptación de la concesión de la Beca conlleva el compromiso de los investigadores beneficiarios a declarar la financiación de la SEEO en todas aquellas comunicaciones, pósters o publicaciones a que dé lugar el desarrollo del proyecto. Asimismo también deberán mencionar la ayuda de la Beca de la SEEO en caso de que el mismo proyecto se presente a alguna otra convocatoria de financiación.
16. La concesión de la Beca de Investigación en Enfermería Oncológica se notificará el 15 de Junio de 2016.



Noticias de Europa

M^a Dolores Fernández



La última revista **Cancer Nursing** de Mayo-Abril nos presenta varios artículos en su portada. El primero nos habla de los síntomas como predictores principales de la percepción de sufrimiento por parte de los cuidadores de pacientes con tumores cerebrales malignos primarios. El estudio se llevó a cabo durante 4 meses después del diagnóstico. Según éste los síntomas predictores eran la dificultad para entender, para recordar, para concentrarse, la sensación de malestar, debilidad y dolor. Esta percepción de sufrimiento por parte de los cuidadores también fue el principal predictor de sobrecarga del cuidador.

Otro de los artículos nos habla de supervivientes adolescentes y adultos jóvenes de tumores cerebrales infantiles que nos describen su vida después del tratamiento con sus propias palabras. Se entrevistaron 41 supervivientes que viven con sus familias con entrevistas semiestructuradas. Describen su vida en términos de salud física, funcionamiento neurocognitivo, salud emocional, funcionamiento social y capacidad de autocuidado. En general, luchan por la normalidad enfrentando los cambios producidos por el cáncer y los efectos secundarios tardíos del tratamiento. Destacaron la importancia de la familia y el reconocimiento de que eran importantes

para ellos. El valor y la complejidad de la coordinación de la atención se destacaron por las múltiples necesidades de los supervivientes lo que hace fundamental una atención integral.

También hay un artículo sobre la evidencia creciente de que mujeres diagnosticadas con cáncer pueden experimentar violencia de género. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica que proporcionara a las enfermeras directrices clínicas para actuar en estos casos. Se seleccionaron 10 artículos que cumplieran los criterios de inclusión entre 2005 y 2014 que proporcionaron la evidencia de conductas abusivas por parte de sus parejas, lo que puede afectar a su toma de decisiones respecto al tratamiento y resultados de salud. El uso de guías clínicas sobre violencia de género puede proporcionar cuidados estandarizados en el entorno oncológico que pueden contribuir a hacer frente a las necesidades de estas mujeres.

Por último un estudio cualitativo sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento oral con inhibidores de tirosin-cinasa en pacientes con cáncer oral. El estudio se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas a 30 pacientes de diferentes edades y tipos de cáncer. Se encontraron tres enfoques: supervivencia, calidad de vida y equilibrio entre ambos. El proceso de adhesión fue determinado con un conjunto de factores complejos e interrelacionados como los efectos secundarios, la esperanza, la ansiedad, la confianza y los mecanismos de feed-back. El estudio demuestra la importancia de que los pacientes reciban la máxima oportunidad para establecer un equilibrio entre supervivencia y calidad de vida dentro de un clima abierto, basado en la confianza para que puedan discutir el tratamiento y las dificultades que experimentan. ■



En la revista **European Journal of Oncology Nursing** de Abril destacamos tres artículos. Uno es un estudio piloto de la terapia con Calmare en pacientes con dolor neuropático relacionado con el cáncer. El dispositivo, utiliza un enfoque biofísico con un multiprocesador capaz de tratar simultáneamente múltiples áreas de dolor mediante la aplicación de electrodos en superficie de la piel. El dispositivo crea y envía una señal de no-dolor que se convierte en la señal dominante recibida por el cerebro, anulando por lo tanto la señal de dolor y proporcionar alivio para el paciente. Los pacientes refirieron una disminución del dolor y del consumo de opiáceos de rescate, la mitad de los pacientes la encontró satisfactoria. Los resultados preliminares sugieren que esta terapia puede ser considerada para estos pacientes aunque son necesarios más estudios que confirmen esta respuesta positiva. Otro artículo es un estudio que se llevó a cabo con una innovación en el contenido curricular dentro de la enseñanza de grado en enfermería en el Reino Unido sobre el cáncer. Se diseñó un estudio con dos cohortes de estudiantes una de 84 y otra de 91, utilizando en una de ellas un nuevo programa de educación sobre el cáncer en coproducción con los pacientes, cuidadores y profesionales de la salud, que se centró en el cáncer como una enfermedad que cambia la vida a largo plazo.

Después de la exposición al nuevo modelo, la cohorte de intervención demostró buen conocimiento global del impacto del cáncer, actitud más positiva hacia el tratamiento del cáncer y más confianza en su capacidad para ofrecer el tratamiento. Las actitudes eran más positivas y la confianza en la capacidad para apoyar a los pacientes en todas las etapas del cáncer fueron mayores que en el grupo de comparación. Los conocimientos adquiridos con el paciente con cáncer y las perspectivas de los cuidadores eran muy valorados. Este estudio puede mejorar los conocimientos, las actitudes y la confianza en la prestación de los cuidados aunque se necesita un diseño experimental más robusto para investigar la posibilidad de generalizar los resultados a otros programas de educación.

El último estudio nos habla de los determinantes de la participación en el cribado de cáncer colorrectal en personas mayores chinas. Se realizó un estudio descriptivo correlacional con una muestra de 240 adultos mayores de 60 años de mayo a julio de 2012 en Hong Kong. La prevalencia fue baja, solamente un 25% refirió haberse hecho un screening, identificando una serie de factores modificables asociados con la detección de CCR que proporciona objetivos específicos para las intervenciones. ■



La revista de primavera de la EONS lleva por título “Cuidados de soporte y calidad de vida para pacientes con cáncer” destacando tres artículos en la portada. En el artículo de “El cuidado de nosotros mismos y de nuestros pacientes” Lidia Schapira, Presidente del Grupo de Estudio Psicosocial MASCC y Leeat Granek de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Ben Gurion de Negev, Israel, miran a

la importancia de colocar al paciente y familia en el centro del plan de tratamiento. Las enfermeras oncológicas son la columna vertebral de la atención del cáncer, saben intuitivamente lo importante que es reconocer y aceptar lo que hace único a cada paciente. Las enfermeras proporcionan apoyo emocional a lo largo de todo el recorrido del cáncer y abordan múltiples aspectos de la experiencia de la enfermedad, que abarcan aspectos psicosociales, espirituales y físicos de la atención y son también miembros esenciales del equipo de cuidados paliativos. Dada la intensidad de las conexiones emocionales entre enfermeras y pacientes es importante prepararlas para la práctica y mantener su bienestar psicológico, evitando el burn-out con estrategias de prevención y reducción del mismo. Proporcionar la mejor atención médica y psicosocial posible al paciente significa la incorporación, formando asociaciones con - y cuando sea posible - proporcionar atención y apoyo para los miembros importantes de la familia. Otro aspecto de la atención psicosocial es la capacidad y disposición de las enfermeras oncológicas para identificar la angustia emocional de sus pacientes y remitirlos a tratamiento cuando sea necesario aunque sabemos que con frecuencia fallamos a la hora de reconocer trastornos psicológicos. Contamos con las enfermeras oncológicas para ofrecer una atención que se basa en la evidencia y es generosamente rociada con compasión. El impacto de esos momentos de conexión y cuidado dejan una impresión duradera en los pacientes y sus seres queridos y les ayuda a superar el sufrimiento y el dolor de la enfermedad y la pérdida.

Otro de los artículos nos habla del proceso de integración de los cuidados paliativos en oncología, ya que la introducción temprana de los mismos ha demostrado beneficiar a los pacientes con cáncer avanzado de múltiples maneras aunque cuándo debe iniciarse y qué estructuras son las mejores aún están por definir. Durante la última década, un creciente número de estudios han demostrado que la integración de los cuidados palia-

tivos en la rutina de la atención oncológica puede mejorar los resultados de los pacientes con cáncer avanzado, con beneficios registrados para la calidad de vida, control de los síntomas, estado de ánimo, satisfacción del paciente, calidad de cuidado al final de su vida y posiblemente, la supervivencia. Desafortunadamente, muchos programas de cuidados paliativos existentes están estructurados como servicios de intervención de crisis. La mayoría de los programas de cuidado del cáncer ven el valor de añadir los cuidados paliativos al cuidado del cáncer, pero hay menos entusiasmo para invertir en servicios. Se necesita más investigación para determinar el momento óptimo para introducir los cuidados paliativos y las mejores estructuras / procesos para mejorar los resultados y superar las barreras de implementación.

Por último, una perspectiva global sobre las terapias complementarias en cáncer. La investigación de estas terapias está cambiando poco a poco, con ensayos bien financiados diseñados para definir los verdaderos beneficios de salud de estas terapias. Hace ya más de 10 años que se publicó un informe sobre el uso de las medicinas complementarias con la contribución de muchas sociedades de la EONS en el que se mostró que un tercio de los pacientes con cáncer en Europa utilizaba la medicina complementaria y alternativa sobre todo para el control de síntomas y mejorar el impacto del tratamiento en su calidad de vida. Pero desde entonces hemos asistido a un enorme crecimiento de su uso, a mejoras en el acceso a las terapias y a la aplicación de estas terapias en servicios nacional de salud en varios países e incluso muchas compañías de seguros de salud cubren ahora una serie de terapias complementarias reconociendo su beneficio para la salud. Debemos hacer más para mejorar la evidencia de estas terapias y mejorar la comunicación con los pacientes, aceptando la elección del paciente. La formación desempeña un papel clave para permitir a los profesionales guiar a los pacientes y discutir con ellos el uso de estas terapias. Un buen ejemplo de esta formación se encuentra

en Hong Kong donde los programas de grado de enfermería incluyen 60 horas de práctica de medicina tradicional china y un mínimo de dos materias que permita a las enfermeras entender los conceptos básicos y mejorar la comunicación con los pacientes. ■



El artículo de portada de **Cancer World** lleva por título “Inclinando la balanza”. Casi cuatro de cada diez reacciones adversas graves a medicamentos que ahora figuran en las etiquetas de 12 terapias dirigidas no se mencionaron en los estudios que llevaron a su aprobación. La mitad de las reacciones graves que se perdieron son potencialmente fatales. ¿Cómo podemos mejorar la forma de investigar e informar los efectos secundarios de los medicamentos nuevos? Existe una creciente preocupación de que los informes exageran la eficacia de fármacos innovadores en un ambiente real, ya que los pacientes en los ensayos son más saludables y están más en forma que la mayor parte de las personas en las que serán utilizados, y subestiman los efectos secundarios. Ésto distorsiona la información utilizada por los médicos para definir la dosis recomendada, por los reguladores para evaluar el perfil de riesgo-beneficio y por los pacientes para elegir entre las opciones de tratamiento.

Un equipo en el Hospital Princess Margaret en Toronto se ha convertido en foco de luz sobre esta cuestión con una serie de documentos que pone de relieve la brecha entre los eventos adversos informados en los ensayos ‘fundamentales’ (que forman la base para la aprobación de comercialización) y las advertencias con el tiempo añadidas a las etiquetas de las drogas, a menudo años más tarde. Después de varios estudios en los que demostraron que un 39% de reacciones graves (la mitad de ellas fatales) de 12 terapias no estaban reflejadas en los prospectos y que se añadieron en fechas posteriores. Analizaron también fármacos aprobados por la FDA entre 2000 y 2010 y encontró que la mayoría se asociaron con mayores probabilidades de muerte tóxica, la interrupción del tratamiento o eventos adversos graves. En 2014, el equipo demostró que los efectos adversos también condujeron a un aumento de los costes de tratamiento. Saroj Niraula, autor principal de los documentos de 2012 y 2014 y ahora un oncólogo médico en el Centro Oncológico de Manitoba, en Winnipeg, Canadá, subraya que las nuevas terapias han salvado decenas de miles de vidas y que las críticas a los informes de ensayos deben ser vistos en ese contexto. *“Mi punto es hacer lo que podamos para mejorar la comunicación de los ensayos para que podamos hacer el mejor juicio acerca de la eficacia y la toxicidad, en lugar de señalar los defectos en la presentación de informes de investigación”.*



Otro artículo nos habla del momento estratégico que vivimos en que el mundo gasta miles de millones en la guerra de trincheras con el cáncer pero progresa lentamente en el peso de los daños colaterales. Los nuevos conocimientos sobre

el proceso de la carcinogénesis y el crecimiento del tumor está alimentando los avisos para un cambio de estrategia para centrarse en la contención de problemas potenciales y mantener la paz. Es mejor prevenir que curar y en ninguna parte es ésto más cierto que para el cáncer, donde las curas no siempre son alcanzables, los tratamientos no siempre son asequibles y los efectos secundarios a corto y largo plazo pueden ser graves. Sin embargo, la investigación sobre la prevención del cáncer ha sido tradicionalmente relegado a la prioridad más baja, tanto en términos de iniciativas de salud pública como en el tipo de estrategias de prevención médica que han tenido éxito en la reducción de enfermedades del corazón.

La investigación sobre todos los aspectos de la prevención del cáncer normalmente recibe solamente entre el 2% y el 9% del gasto total en investigación sobre el cáncer. El número de personas que participan en el esfuerzo de prevención médica es muy pequeña y apenas ha aumentado desde pioneros como Michael Sporn. Dos acontecimientos profundos, sin embargo, se pueden unir ahora para dar a la prevención su gran momento. La primera de ellas es el reconocimiento cada vez mayor, en palabras del Foro Mundial de Oncología (worldoncologyforum.org), que las estrategias actuales para controlar el cáncer demuestran que no funcionan. Los nuevos tratamientos son enormemente complejos, tienen una eficacia limitada y llegan a un costo que las hace insostenibles incluso en los países más ricos. La segunda novedad es la aparición de una comprensión más holística y sistémica de la naturaleza del cáncer, donde la atención se centra menos en la mutación de las células carcinogénicas en sí mismas y más en el papel que desempeñan los propios procesos fisiológicos del cuerpo en la transformación de células normales en células cancerosas y permite a éstas prosperar y extenderse. Los expertos reunidos en el tercer Foro Mundial de Oncología están de acuerdo. Se pondrá en marcha un llamamiento pidiendo a los políticos y líde-

res de opinión para proveer liderazgo y recursos para promover el desarrollo y la implementación de nuevas estrategias basadas en la evidencia dirigidas a la prevención del cáncer, asesoramiento y detección precoz de riesgos e intervención temprana y adaptados a comunidades específicas, cánceres y poblaciones.



En el artículo sobre la voz del paciente se habla de que la flexibilidad y la buena voluntad han permitido la participación del paciente en el trabajo de los reguladores de fármacos de Europa desarrollarse a un ritmo impresionante. Hace diez años, surgió una oportunidad para Hildrun Sundseth para ayudar a desarrollar la voz del paciente en la Agencia Europea del Medicamento (EMA), la agencia de la UE responsable de la evaluación de los medicamentos. Ella había defendido durante mucho tiempo la salud de la mujer y vio esto como una oportunidad de cambiar las cosas. Cuando la EMA creó el Grupo de Trabajo de Pacientes y Consumidores en 2006, Sundseth dice que *“comenzaron con una hoja de papel en blanco”*. El número de pacientes y consumidores que participan en actividades de EMA se multiplicó por ocho entre 2007 y 2014, desde 76 a 633, según el último informe de la EMA. Sundseth, que ahora es el Presidente del Instituto Europeo de Salud de la Mujer, dice que esto refleja el movimiento del paciente en general, pero añade que *“es increíble lo que se ha avanzado. El enfoque era comenzar lentamente e involucrar a los pacientes poco a poco en las diferentes actividades”*.

Ahora, los representantes de pacientes son miembros votantes en la mayoría de los comités. Hasta ahora, sin embargo, no tienen lugar en la mesa donde se deciden las recomendaciones sobre la aprobación de comercialización y otros temas - el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) - y que es donde ahora han puesto su objetivo. Algunos representantes de los pacientes ya tie-

nen alguna participación en las evaluaciones del CHMP a través de su participación en las reuniones del grupo de asesoramiento científico, convocadas por el CHMP, pero la EMA está abierto a la discusión sobre cómo mejorar el proceso. Un estudio piloto está actualmente en curso en el que los pacientes toman parte en el proceso CHMP como expertos en evaluaciones de riesgo-beneficio, y se están explorando otras formas de consultar a los pacientes a través del CHMP, después de lo cual se analizará la interacción para ver cómo avanzar.



Por último se ha llevado a cabo una revisión sobre el Código Europeo contra el Cáncer que se ha puesto en marcha en Octubre del pasado año y da una información clara y concisa sobre lo que la gente puede hacer para reducir su propio riesgo de cáncer. Pero hasta que los políticos y los médicos se tomen más en serio la prevención, millones de vidas se seguirán perdiendo innecesariamente. De acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, al menos la mitad de los cánceres en el mundo son evitables. Y el nuevo Código Europeo contra el Cáncer de la IARC realiza las pruebas acerca de las exposiciones, los agentes y los comportamientos que definitivamente causan el cáncer y lo convierte en el asesoramiento para el público en general. Es una breve guía de lo que se puede hacer para reducir realmente el riesgo de contraer cáncer. Esta cuarta edición del código, publicado por primera vez en 1987, se puso en marcha en octubre de 2014 tras dos años de análisis de la investigación por los científicos y especialistas en cáncer con el apoyo del Programa de Salud de la UE. Sus 12 puntos con un enfoque de consejos sencillos sobre carcinógenos

del Grupo 1 - influencias que se saben causan cáncer - y aquéllos a los que la gente está más comúnmente expuestos como tabaquismo, dieta, ejercicio, alcohol y exposición al sol característica más prominente, junto con consejos sobre la lactancia materna, vacunación y cribado. El riesgo tan publicitado sobre la carne procesada no está incluido de manera significativa. Aunque la IARC la clasifica como carcinógeno del grupo 1, la magnitud de su efecto sobre la mortalidad sigue siendo poco clara.

Si la gente lo sigue, el efecto sobre la incidencia de cáncer podría ser espectacular. El impacto potencial de las estrategias de prevención eficaces en las arcas públicas, así como la mortalidad por cáncer también ha sido bien documentada. En su informe de 2014 sobre la economía de la prevención y control del cáncer, la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) señaló que la implementación de estrategias apropiadas para la prevención y la detección temprana y el tratamiento podría ahorrar entre 2,4 y 3,7 millones de vidas al año. Invertir sólo \$ 11.4 mil millones en las estrategias de prevención básicas en los países de ingresos bajos y medios podría ahorrar \$ 100 mil millones en costos de tratamiento del cáncer. Pero a pesar de las llamadas regulares de la IARC para la prevención de convertirse en una prioridad, todavía no logra atraer financiación o el prestigio a nivel nacional. ■



Nuestra sección de libros

Ana Isabel Souto Ramos



INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Susan K. Grove

Editorial: Elsevier

Año de publicación: 2016

ISBN: 9788491130185

Texto esencial de investigación en enfermería, muy consolidado tras seis ediciones, con orientación práctica, dirigido especialmente a los estudiantes de enfermería. Presenta los conocimientos necesarios para que el estudiante aprenda a sintetizar, criticar e incorporar los últimos hallazgos de la investigación en la práctica clínica.

Trata cada uno de los pasos que constituyen el proceso de investigación en enfermería: propósito de la investigación, elección del problema de estudio, objetivos e hipótesis, diseño de la investigación, revisión bibliográfica, investigación cuantitativa y cualitativa, medición y recogida de datos, análisis estadísticos y elaboración de resultados.

Como novedades de esta edición destaca: mayor énfasis en la práctica basada en la evidencia, mejora de la cobertura de la investigación cualitativa, inclusión de dos procesos de evaluación, un mayor hincapié en la investigación práctica y la mejora del diseño para facilitar la lectura y estudio.



URGENCIAS ONCOLÓGICAS H.U 12 DE OCTUBRE

Manso

Editorial: Ergon

Año de publicación: 2015

ISBN: 9788415950998

El presente es un manual práctico, encaminado a facilitar la actuación médica en situaciones emergentes que pueden darse en el paciente oncológico. Las descripciones etiopatogénicas son mínimas y el tratamiento es claro, conciso y fácil de seguir en cualquier situación. El formato es de fácil transporte, ligero de bolsillo. Además el texto está enriquecido con algoritmos y figuras que facilitan la toma de decisiones. El manual no va sólo dirigido a oncólogos médicos o residentes de esta especialidad sino que es útil para todos los profesionales implicados en el tratamiento de cáncer de forma directa así como médicos que trabajan en servicios de urgencias y que no tratan de forma exclusiva enfermos oncológicos.



ENFERMERÍA EN PRESCRIPCIÓN

María Paz Pous y Dolores Serrano

Editorial: Díaz de Santos

Año de publicación: 2015

ISBN: 9788499699028

En el último siglo, el gran avance experimentado por la medicina se asienta en gran medida en el desarrollo y el descubrimiento de nuevos fármacos, y a medida que la estructura sanitaria se ha ido haciendo más compleja, los profesionales de enfermería han tenido que ir asumiendo una serie de funciones específicas que antes no tenían y que requieren una cualificación de mayor nivel en otros ámbitos. Es cierto que la administración e implementación de los nuevos fármacos debe estar sometida a los más altos controles para evitar potenciales daños a los pacientes. Por eso, la intención de esta obra es, de una parte, fomentar el conocimiento de los distintos fármacos, y de otra, estudiar sus efectos adversos e incompatibilidades atendiendo al grado de implicación según los diferentes tratamientos patológicos de que se trate. En esta obra también se presta atención a las repercusiones en el ámbito legal que pueden resultar de algunas actuaciones sanitarias de frecuente debate jurídico, tales como las prescripción de medicamentos por parte del personal de enfermería, o los errores en la administración de fármacos.

| PERTUZUMAB Perjeta® | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREPARACIÓN Envase: 420 mg - 14ml | <ul style="list-style-type: none"> • Concentración del vial: 30 mg/ml. • Dilución: en 250 ml de SF. No agitar el vial. No diluir en SG 5% pues no tendría estabilidad. • Concentración de la dilución: 1.68 - 3.36 mg/ml. |
| CONSERVACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad físico química de la dilución: 24 horas a 30°C. |
| INFUSIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Primera dosis: en 60 minutos. Dosis siguientes: entre 30-60 minutos. Si el intervalo entre dos perfusiones consecutivas es de 6 semanas, se debe volver a infundir la dosis inicial en 60 minutos y las restantes ya pueden ser en 30 minutos. • En combinación con Trastuzumab y Docetaxel: infundir 1º Pertuzumab en 30 minutos (60 minutos si es 1ª dosis). Esperar 30 minutos y luego infundir Trastuzumab en 30 minutos (90 minutos si es 1ª dosis). Por último Docetaxel en 60 minutos. • En combinación con Trastuzumab y Paclitaxel: infundir 1º Pertuzumab en 30 minutos (60 minutos si es 1ª dosis). Esperar 30 minutos y luego infundir Trastuzumab en 30 minutos (90 minutos si es 1ª dosis). Por último Paclitaxel en 60 minutos (dosis semanal). |
| EFFECTOS 2ºS | <ul style="list-style-type: none"> • Reacción a la perfusión. • Disfunción ventricular izquierda: disminución del FEVI, sobre todo si han recibido previamente antraciclinas o radioterapia en tórax. • Diarrea. Mucositis. Náuseas y vómitos. Estreñimiento. • Anorexia. Astenia. Fiebre, edema. • Cefalea. Neuropatía periférica, mareo. Disgeusia. • Exantema, más frecuente en los dos primeros ciclos, prurito. Alopecia. Piel seca. Alteraciones de las uñas. • Insomnio. • Disnea, tos. Derrame pleural. • Mialgias y artralgias. • Embriotóxico. |
| EXTRAVASACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • No agresivo. • Medidas generales. |
| INDICACIONES | <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama HER2 positivo. |
| CONSIDERACIONES ESPECIALES | <ul style="list-style-type: none"> • Administración: la primera dosis se administra en 60 minutos y las siguientes, si la primera ha sido bien tolerada, en 30 minutos. Si se ha tenido que atrasar algún ciclo y han transcurrido más de 6 semanas entre ambos, se debe volver a perfundir de nuevo en 60 minutos esa dosis y las posteriores pueden ser ya en 30 minutos. El orden de administración puede ser indistintamente primero tanto el Trastuzumab como el Pertuzumab, pero tras el Pertuzumab hay que dejar 30 minutos de observación. El Docetaxel se infundiría siempre una vez finalizados ambos. • Toxicidad cutánea: el rash cutáneo es uno de los síntomas más comunes, a veces acompañado de prurito. Puede producirse paroniquia por lo que se debe aconsejar que el paciente tenga precaución de no cortar o retraer las cutículas y aplicar antibiótico tópico en caso de que se produzca la infección. También es aconsejable una buena hidratación para prevenir la sequedad de piel. • Toxicidad sobre embarazo: en estudios sobre animales se observó la muerte del embrión o feto, por lo que se recomienda aplicar medidas anticonceptivas eficaces hasta 7 meses después de terminar el tratamiento. • Reacción a la perfusión: suelen ser moderadas. Los síntomas principales son fiebre, escalofríos, cansancio, cefalea, astenia, hipersensibilidad y vómitos. Puede incluso desarrollar una reacción anafiláctica o un síndrome de liberación de citoquinas. Se debe disminuir la velocidad de perfusión, o interrumpirse, pudiendo reiniciar si los síntomas se alivian. |
| BIBLIOGRAFÍA | <ul style="list-style-type: none"> • Perjeta concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Roche. Fecha de revisión del texto: marzo 2013. • PERTUZUMAB. Consultado el 19 febrero de 2016. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/evidencexpert.DolntegratedSearch#. • PERTuzumab. Consultado el 12 de febrero de 2016. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760. • DOCE+PERT+TRAS Régimen. Consultado el 12 de febrero de 2016. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760. • PAcl (W)+ PERT+TRAS Régimen. Consultado el 12 de febrero de 2016. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760. |



RALTITREXED

Tomudex®

Marta González Fernández-Conde

MAYO 2016

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREPARACIÓN Envase: 2 mg | <ul style="list-style-type: none">• Reconstitución: 4 ml de API.• Concentración de la reconstitución: 0.5 mg/ml.• Dilución: en 50- 250 ml de SF o SG 5%. Habitualmente en 100 ml. |
| CONSERVACIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Estabilidad físico química de la reconstitución: 24 horas a TA o en nevera.• Estabilidad físico química de la dilución: 24 horas a TA. |
| INFUSIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Infusión: en 15 minutos.• En combinación con Oxaliplatino (TOMOX): administrar 1º Raltitrexed, esperar 45 minutos e infundir luego Oxaliplatino.• En combinación con Irinotecan: administrar 1º Irinotecan en 1 hora, esperar 30 minutos e infundir luego Raltitrexed.• En combinación con Cisplatino: administrar 1º Raltitrexed y luego Cisplatino. |
| EFFECTOS 2^{OS} | <ul style="list-style-type: none">• Astenia. Fatiga y malestar. Fiebre. Síndrome pseudogripal. Edema periférico.• Mielosupresión: principalmente neutropenia.• Diarrea, náuseas, vómitos y estreñimiento. Dispepsia. Abdominalgia.• Artralgias.• Hipertonía (calambres musculares). Cefaleas. Alteración del gusto.• Exantema cutáneo, prurito. Alopecia. Sudoración.• Conjuntivitis.• Alteración pruebas hepáticas. |
| EXTRAVASACIÓN | <ul style="list-style-type: none">• No agresivo.• Medidas generales. |
| INDICACIONES | <ul style="list-style-type: none">• Cáncer colorrectal. |
| CONSIDERACIONES ESPECIALES | <ul style="list-style-type: none">• Toxicidad digestiva: las náuseas y vómitos suelen ser leves y se presentan durante la primera semana tras el ciclo. La diarrea se puede presentar en cualquier momento y el síntoma más grave. Se debe mantener al paciente con una hidratación adecuada y contener la diarrea con medidas dietéticas e incluso farmacológicas si es necesario. La estomatitis se produce con relativa frecuencia pero raras veces llega a ser grave.• Toxicidad sobre la fertilidad: estudios en ratas indican que Raltitrexed puede provocar una disminución de la fertilidad masculina, recuperando la normalidad 3 meses después de terminar tratamiento.• Toxicidad dérmica: rash cutáneo principalmente en cabeza y tórax aparece en un 35% de los pacientes. La alopecia no es muy frecuente.• Toxicidad hepática: produce un aumento de las transaminasas en sangre, sobre todo si el paciente padece alguna patología hepática unida. La bilirrubina y fosfatasa alcalina se elevan ocasionalmente. Al contrario que la toxicidad digestiva y hematológica, la magnitud de los efectos hepáticos del Raltitrexed, tiende a disminuir con el curso de los ciclos. Es más frecuente asociada al 5-Fluorouracilo.• Interacciones: Leucovorina (ácido folínico), ácido fólico o preparaciones vitamínicas que contengan estos agentes, no deben ser administradas inmediatamente antes o durante el tratamiento con Raltitrexed pues puede interferir en su acción. |
| BIBLIOGRAFÍA | <ul style="list-style-type: none">• Tomudex polvo para solución inyectable, ficha técnica. Laboratorio Hospira. Fecha de revisión del texto: febrero 2015.• RALTITREXED. Consultado el 7 marzo de 2016. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/evidencexpert.DolntegratedSearch#.• Raltitrexed. Consultado el 10 de marzo de 2016. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760.• CISPRALT Régimen. Consultado el 10 de marzo de 2016. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760.• Grávalos C. Raltitrexed en combinación con otros fármacos en el tratamiento del cáncer colorrectal avanzado. Rev Cancer (Madrid). 2012; 26 (1): 7-14.• Grávalos C., Salut A., García-Girón C., García- Carbonero R., León A. I., Sevilla I., Maurel J., Esteban B., García-Rico E., Murias A., Cortés- Funes H. A Randomized Phase II Study to Compare Oxaliplatin plus 5-Fluorouracil and Leucovorin (FOLFOX4) versus Oxaliplatin plus Raltitrexed (TOMOX) as First-line Chemotherapy for Advanced Colorectal Cancer. Clin Transl Oncol 2012; 14: 606-612. |





Congresos y Jornadas

IX Congreso de Enfermería en Ostomías



Fecha: **18, 19 y 20 de mayo**
Lugar: **Barcelona**
www.congresoostomiasbcn2016.es

XXIII Congreso Nacional de la AEEP



Fecha: **2, 3 y 4 de junio**
Lugar: **Sevilla**
<http://aepdsevilla2016.blogspot.com>

V Congreso de Investigación en Enfermería Iberoamericano y de los Países de Lengua Oficial Portuguesa y Simposio Internacional de Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

Fecha: **6 al 8 de junio**
Lugar: **Coimbra, Portugal**
www.esenfc.pt

49 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica



Fecha: **10 al 13 de junio**
Lugar: **Barcelona**
www.congrososepar.com

XXXVI Jornadas de Economía de la Salud



Fecha: **15 al 17 de junio**
Lugar: **Murcia**
www.aes.es/jornadas

27 Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras, Supervisión de Enfermería



Fecha: **25, 26 y 27 de mayo**
Lugar: **Burgos**
www.27enfermerasgestoras.com

VII Congreso Internacional Virtual para Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada"



Fecha: **3 al 10 de junio**
Lugar: **Granada**
<http://congreso-enfermeria.com/2016>

European Hematology Association Annual Congress Bella Center; Center Boulevard 5, Copenhagen.



Fecha: **9 al 12 de junio**
Lugar: **Copenhague**
www.ehaweb.org

International 360° Summit on Ehealth. Empowering Healthcare with Technology



Fecha: **14 al 16 de junio**
Lugar: **Budapest**
<http://ehealth360.org/2016>

III Jornadas Internacionales de Graduados en Ciencias de la Salud



Fecha: **5 de julio**
Lugar: **Almería**
<http://3jornadasgraduados.blogspot.com.es>

I Congreso Virtual Internacional de Enfermería Pediátrica



Fecha: **1 al 22 de junio**
Lugar: **On line**
<http://enfermeria-pediatria.es>



¿Sabías que...?

Ana María Palacios



LA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA AUMENTA UN 18% LA SUPERVIVENCIA EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

www.noticiaslainformacion.com

Un estudio realizado por un equipo de la Universidad de Texas y de la MD Anderson Cancer Center Houston (Texas) en Estados Unidos ha demostrado un aumento de un 18% en la supervivencia de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello cuando son tratados con radioterapia de intensidad modulada (IMRT, por sus siglas en inglés) respecto a los tratados con otras técnicas.

Este estudio, publicado el pasado mes de enero en la revista 'Cancer', ha contado con 3.172 pacientes del SEER-Medicare (Surveillance, Epidemiology and End Results) de Estados Unidos con una media de edad de 72 años y a los que se ha seguido durante 40 meses. El objetivo era comparar la supervivencia para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados con IMRT frente a los no tratados con IMRT.

La IMRT es una modalidad de radioterapia de alta precisión que usa aceleradores lineales de rayos X para administrar dosis de radiación precisas a un tumor maligno o áreas específicas dentro de éste, permitiendo que la radiación se adapte con mayor precisión a la forma tridimensional del tumor.

"Es la primera publicación que habla de ganancia terapéutica en supervivencia con el uso de la IMRT en el cáncer de cabeza y cuello, frente a otros tratamientos radioterápicos", señala el director médico del Hospital Universitario Virgen

de la Victoria y coordinador del Grupo de Tumores de Cabeza y Cuello de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), el doctor José Antonio Medina Carmona.

Según este experto, este incremento en la supervivencia *"puede ser debido a una mejor cobertura del tumor, al incremento de la dosis en el área tumoral sin afectar a las áreas de tejido sano"*. Además, el estudio demuestra la otra gran ventaja de este tipo de tratamiento, la disminución de los efectos secundarios a largo plazo y la mayor calidad de vida percibida por los pacientes tratados con IMRT.

Aunque resulta difícil establecer datos sobre utilización de las técnicas de IMRT en España, el experto afirma que el principal freno para su implantación es la falta de financiación, debido fundamentalmente a la falta de inversión en equipos para su realización.

"Creo sin embargo que la evidencia científica refuerza su utilización en el cáncer de cabeza y cuello y debe ser el arma básica para reivindicar su uso tanto por parte de los oncólogos como de los pacientes", señala este experto, quien afirma que, *"a pesar de que tiene un mayor coste en recursos humanos y tecnología, es en última instancia rentable y sobre todo beneficia a los pacientes"*.

De hecho, esta tecnología no sólo es comparativamente más eficaz, sino que también puede ser más rentable, al reducir las necesidades de tratamientos de rescate, que son costosos cuando hay recidivas, así como los gastos asociados al manejo de efectos secundarios. Por todo ello, teniendo en cuenta investigaciones anteriores y este nuevo estudio norteamericano, este especialista considera que *"la IMRT debería ser el estándar en el tratamiento radioterápico del cáncer de cabeza y cuello"*. ■



LA SILIBININA, PRESENTE EN UN TIPO DE CARDO, PUEDE REDUCIR LAS METÁSTASIS CEREBRALES DE CÁNCER DE PULMÓN

www.consalud.es

La silibinina, una sustancia natural que se encuentra en la planta del cardo mariano, es capaz de reducir las metástasis cerebrales en pacientes con cáncer de pulmón resistentes a la quimioterapia y a la radioterapia. Así lo ha concluido un estudio del **Instituto Catalán de Oncología (ICO)** de Girona, publicado en la revista científica **Oncotarget**.

El papel antitumoral de esta sustancia ya se había comprobado en modelos celulares de ratones, pero es la primera vez que se demuestra su eficacia en humanos. La silibinina se extrae de las semillas del cardo mariano y sus propiedades medicinales se estudian para tratar diversas enfermedades, entre ellas el cáncer. De hecho, en el **ICO** ya se inició en 2011 una investigación para explorar la actividad de esta sustancia en cáncer de pulmón.

Ahora, uno de los retos principales de los investigadores es la administración de la silibinina a los pacientes, ya que es una molécula con dificultades de absorción vía oral debido a su estructura química. Este estudio demuestra cómo ha conseguido reducir en dos pacientes con cáncer de pulmón las metástasis cerebrales entre un 70% y un 85%. Los pacientes habían recibido previamente quimiotera-

pia y radioterapia sin haber experimentado una mejoría.

Esta nueva investigación de sello español abre nuevas opciones de tratamiento para este tipo de pacientes, además de poder aplicarse en metástasis cerebrales de otros cánceres, como el de mama o el melanoma, además de en tumores cerebrales primarios como el glioblastoma multiforme. Una de las limitaciones del estudio es que la silibinina sólo ha mostrado actividad contra las metástasis cerebrales y no en las lesiones del resto del cuerpo.

El de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. Un 30% de los pacientes que lo padecen presentan metástasis al cerebro a lo largo de su evolución, lo que representa un reto médico, ya que los tratamientos disponibles de quimioterapia y radioterapia tienen una actividad limitada y la cirugía está reservada a casos muy específicos. ■



DESCUBIERTO UN NUEVO FÁRMACO CONTRA UN TIPO DE CÁNCER DE COLON METASTÁSICO

www.efe.es

Un estudio internacional liderado por médicos del Hospital del Mar e investigadores del IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas) ha identificado un **nuevo fármaco anti oncogén EGFR para sumar al hasta ahora limitado arsenal terapéutico existente contra el cáncer de colon metastásico.**

Se trata de una nueva generación de fármacos que son más potentes y funcionan en los pacientes, aunque haya mutaciones en el oncogén hasta ahora responsable de las resistencias que sur-

gen durante los tratamientos con este tipo de terapias dirigidas.

Este estudio, publicado en "Clinical Cancer Research" presenta los resultados de este **nuevo fármaco -Sym004- en líneas celulares de cáncer colorrectal**, en modelos animales y en algunos pacientes tratados con el fármaco.

El próximo paso es iniciar, a corto plazo, un ensayo clínico colaborativo entre centros de excelencia oncológica que ya se está diseñando.

Según los investigadores, las terapias dirigidas han supuesto un paso de gigante en los tratamientos oncológicos, consiguiendo tratamientos muy orientados a mutaciones concretas de los tumores y minimizando los efectos secundarios indiscriminados de las quimioterapias tradicionales.

Pero la aparición de **resistencias a los tratamientos o mutaciones en los receptores de estos fármacos** es uno de los retos a vencer. "El cetuximab y el panitumumab, son fármacos anti-EGFR eficaces para el tratamiento de un subgrupo de pacientes con cáncer colorrectal metastásico. Desgraciadamente los pacientes al cabo de un tiempo dejan de responder al fármaco, debido a la adquisición de mutaciones en EGFR en aproximadamente el 25% de los casos", ha explicado la doctora Clara Montagut, oncóloga del Hospital del Mar y coordinadora de este estudio.

Uno de los factores limitantes de los tratamientos biológicos en cáncer de colon (como el Cetuximab y el Panitumumab) es que cuando dejan de funcionar debido a la aparición de mutaciones de resistencia, no se dispone de alternativas de tratamiento eficaces.

Aunque la incorporación de fármacos biológicos y los avances en la quimioterapia han mejorado mucho el tratamiento de este cáncer, uno de los retos actuales del cáncer de colon metastásico es **aumentar el arsenal terapéutico.**

La búsqueda de estrategias terapéuticas para evitar la resistencia impulsada por estas mutaciones es uno de los objetivos de la investigación oncológica que realiza el equipo del Hospital del Mar conjuntamente con el Programa de Investi-

gación en Cáncer del IMIM que dirige Joan Albanell, jefe del servicio de oncología del Hospital del Mar. ■



INVESTIGADORES ESPAÑOLES HALLAN POR QUÉ DORMIR MAL POR LA NOCHE PUEDE EMPEORAR EL DESARROLLO DEL CÁNCER

www.wordpress.com

Estudios recientes han indicado que los pacientes con apnea del sueño pueden estar asociados con peores resultados del cáncer. Ahora, un nuevo trabajo realizado en animales con participación española, presentado en el Congreso de la European Association of Urology (EAU), celebrado en Munich, Alemania, destapa un posible mecanismo que puede ser la base de esta vinculación.

La hipoxia es una de las consecuencias de la apnea del sueño y se ha vinculado con aumentos en el riesgo de varias enfermedades, como la presión arterial alta o un derrame cerebral.

Recientemente, también se ha asociado a peores resultados del cáncer, aunque hay alguna evidencia contradictoria sobre esto. El posible mecanismo que une la apnea a peores resultados no se conoce, aunque se sabe que los pacientes que sufren de apnea obstructiva generalmente sufren de hipoxia intermitente.

Un grupo de investigadores españoles y estadounidenses han utilizado un modelo de ratón para mostrar que la hipoxia intermitente promueve la formación de vasos sanguíneos dentro de los tumores, probablemente debido a un aumento de la producción del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). Un equipo dirigido por el Dr. Antoni Vilaseca, del Hospital Clínic de Barcelona, sometieron a 12 ratones experimentales

y 12 de control con tumores renales a diversos niveles de oxígeno para imitar la hipoxia intermitente. Encontraron que los ratones que habían sido sometidos a hipoxia intermitente mostraron aumentos en las células progenitoras vasculares y células endoteliales en los tumores. Estas células después pueden madurar para formar vasos sanguíneos en los tumores.

El VEGF circulante también se incrementó en los ratones que habían sido sometidos a hipoxia, aunque otros factores, como el crecimiento tumoral, no resultaron afectados. *“Los pacientes que sufren de apnea obstructiva del sueño, por lo general, sufren de hipoxia intermitente durante la noche. Este trabajo demuestra que la hipoxia intermitente tiene el potencial de promover la formación de vasos sanguíneos en los tumores, lo que significa que los tumores tienen acceso a más nutrientes”*, apunta el investigador principal, el Dr. Vilaseca.

“Por supuesto, esto es un estudio temprano en animales, así que tenemos que tener cuidado al aplicar esto a los seres humanos. Sin embargo, éste trabajo indica un mecanismo plausible de por qué las condiciones que restringen el flujo de oxígeno a los tejidos, como la apnea del sueño, pueden promover el cáncer”, prosigue.

“Aunque se trata de un estudio experimental, es importante, ya que demuestra la influencia de la deficiencia de oxígeno en el crecimiento de tejido de carcinoma de células renales (tanto del tumor primario como metástasis). Puede postularse que el aumento de la oxigenación de la sangre puede ser el mecanismo subyacente de por qué no fumar o dejar de fumar, la actividad deportiva regular (en particular los deportes de resistencia), la reducción del índice de masa corporal y otros cambios de estilo de vida que aumentan la oxigenación de los tejidos tienen un efecto beneficioso de apoyo a mejores resultados en el cáncer de células renales, así como otros tipos de tumores”, añade el Prof. Arnulfo Stenzl, presidente del Comité del Congreso de EAU, sobre esta investigación. ■



DETECTAN ANTICUERPOS CONTRA EL ANISAKIS EN PACIENTES CON CÁNCER GASTROINTESTINAL

www.agenciasinc.es

“El estudio mide la presencia de anticuerpos en sangre, un rastro que queda en los pacientes que alguna vez, en el pasado, estuvieron en contacto con el parásito”, explica Javier Arias Díaz, catedrático de Cirugía de la UCM y uno de los autores del trabajo, publicado en la revista Medicine.

Los científicos realizaron estudios serológicos de 94 pacientes, todos ellos sin antecedentes de contacto previo con anisakis. La mitad sufrían tumores gastrointestinales y la otra mitad estaban sanos. La edad media de los dos grupos era de 70 y 65 años respectivamente.

“Nuestros resultados muestran que es más frecuente encontrar signos de haber contactado con anisakis en aquellos pacientes con cáncer de estómago o de colon, que son, además, sitios típicos de anclaje del parásito”, indica el catedrático.

Según los autores –que forman parte del Hospital Ramón y Cajal, IdiPAZ, Hospital Clínico San Carlos y el Hospital Universitario La Paz– la infección pudo ocurrir mucho tiempo atrás y ser asintomática, o bien, cursar con síntomas leves e inespecíficos que pudieron confundirse con una reacción alérgica o una indigestión.

Cuando se ingiere un pescado con larvas de anisakis, éste produce inflamaciones locales o granulomas –inflamación formada por células inmunes que tratan de eliminar un parásito sin éxito–.

“En una inflamación crónica, la acción continuada del entorno rico en radicales libres del oxígeno y otros productos tóxicos que se crea localmente puede acabar dañando el ADN celular y causar cáncer”, afirma Arias Díaz.

En el caso concreto de la anisakiasis, en la formación del tumor podrían contribuir también productos liberados desde el parásito con acción cancerígena propia. En vista de estos resultados, los científicos proponen que se tenga en cuenta al parásito como factor de riesgo para el desarrollo de tumores gastrointestinales. *“Una infección por anisakis podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de estómago o de colon”*, apuntan.

La dolencia se produce al consumir un pescado que lo aloja y que no ha sido congelado o cocinado previamente. Su incidencia está aumentando en países como España, Italia y Japón, donde se ha incrementado el consumo de pescado crudo o poco cocinado.

Sin embargo, los autores creen que, dado que en 2006 se estableció en España la obligatoriedad legal de congelar el pescado de forma previa a su consumo crudo, el aparente aumento de incidencia podría estar en relación con un mejor diagnóstico.

“Lo ideal es consumir el pescado cocinado. Si se opta por ingerirlo crudo, en ningún caso es seguro hacerlo sin que haya sido previamente sometido a un proceso de congelación al menos durante 24 horas”, aconseja el científico. Aunque está demostrado que la congelación mata los posibles parásitos que pudiera contener, según los expertos no está tan claro que sean totalmente seguros otros posibles métodos de preparación del pescado crudo, como el ahumado, el marinado o la salazón. ■



BRAQUITERAPIA.

Curar tumores sin morbilidades añadidas.

Optimización de dosis

A la vanguardia



Esther García Díaz

INTRODUCCIÓN

El abordaje de los tumores prostáticos en Oncología Radioterápica lleva unos años en una escala exponencial muy alta con el desarrollo de nuevas Técnicas y la gran evolución Tecnológica.

La aparición de la Braquiterapia hizo cambiar la expectativa de dosis de irradiación a los tumores, ya que se hizo realidad la posibilidad de abordar directamente el tumor colocando la fuente de irradiación dentro del mismo o aprovechando cavidades naturales del organismo.

A pesar de todo, se constató que la toxicidad de los tratamientos radiológicos seguían apareciendo bajo otras

formas, los órganos más sensibles a la irradiación en proximidad con el tumor se seguían afectando, se puso de manifiesto la necesidad de conseguir *“el dejar órganos y aparatos en íntima proximidad con los tumores libres de irradiación”*. De aquí partieron técnicas que hoy ya están asentadas por su gran eficacia y otras que se siguen investigando. Uno de los últimos estudios de investigación es el de Dosimetría “IN VIVO” en Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis con MOSFET enfocado al control y optimización de los sistemas de planificación.

INCERTIDUMBRES EN LOS TRATAMIENTOS RADIOLÓGICOS

El fallo del control bioquímico, de la supervivencia libre de enfermedad y

la aparición de complicaciones tanto desde el punto de vista digestivo como urológico, tras la administración de altas dosis de irradiación con braquiterapia de alta tasa de dosis (^{192}Ir) en pacientes diagnosticados de adenocarcinoma prostático localizado de alto riesgo, puede estar relacionado con las incertidumbres dosimétricas de los sistemas de planificación.

La dosimetría “in vivo” con transistores de efecto de campo (MOSFET) son los dispositivos idóneos para determinar en tiempo real las incertidumbres de los algoritmos de cálculo empleados en la clínica, para la determinación de dosis a las diferentes estructuras anatómicas, que a su vez determinan el control o el

fallo de la enfermedad y los daños a los tejidos sanos.

En estos momentos se investiga la implicación de los planificadores ya que los algoritmos de cálculo por parte del planificador de la dosis a administrar no suelen tener en cuenta las inhomogeneidades de los tejidos, el efecto del propio catéter o el movimiento de los órganos desde la planificación del tratamiento a la ejecución del mismo. Lo que puede limitar la precisión de la dosis a administrar.

La dosimetría "in vivo" por lo tanto juega un papel fundamental para poder conocer las limitaciones de nuestro sistema de planificación y tenerlas en cuenta a la hora de evaluar la dosis administrada.

OBJETIVOS DE LOS ESTUDIOS DE INCERTIDUMBRES

El objetivo de estos nuevos estudios consiste en analizar, si el resultado

oncológico y los efectos secundarios del tratamiento con braquiterapia de alta tasa de dosis (^{192}Ir), se relaciona con la incertidumbre dosimétrica derivada de la imprecisión de cálculo de los actuales sistemas de planificación en pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de próstata localizado de alto riesgo.


Los objetivos específicos van encaminados a:

1. Evidenciar la variabilidad dosimétrica referida por el planificador y la dosimetría en tiempo real por determinación de dosis en las estructuras pre-determinadas con MOSFET.
2. Cuantificar la variabilidad dosimétrica referida por el planificador y la dosimetría en tiempo real realizada con MOSFET y su implicación en los resultados terapéuticos.
3. Poner de manifiesto la posibilidad de que el tratamiento pueda ser modifi-

cado dependiendo de la dosimetría "in vivo" en tiempo real.

4. Caracterización de las fuentes de medidas.

Debemos tener en cuenta que aunque los primeros estudios dentro de este campo de análisis de las posibles incertidumbres se están realizando con los tumores prostáticos, los estudios se ampliarán y los resultados de los mismos serán aplicables a todos los tumores que reciban tratamiento radiológico con una finalidad de intención curativa.

La labor de la enfermería en el equipo multidisciplinar de la Braquiterapia es fundamental ya que lleva la atención integral del paciente y seguimiento de morbilidades junto con la coordinación del quirófano. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Health Technology Assessment Information Service. Treatment for localized prostate cancer. Plymouth Meeting PA USA: Executive Briefings, 1997.
2. American Cancer Society. Cáncer de próstata; ¿qué es? http://www.cancer.org/cancerinfo/load_cont.asp?st=wi&ct=36&language=spanish. 23-6-2000.
3. Cancer incidence in five continents. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1997.
4. Mortalidad por Cáncer en España, 1997. Servicio de Epidemiología del Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. <http://193.146.50.130/cancer/mort97.txt>: 2000.
5. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 1998. Resultados Nacionales. Madrid: INE 2001.
6. Blasko J. Prostate Brachytherapy: Seeds all you need. Stressa, 2001.
7. Pollack A, Zaggars G., Starkschall G. y cols.: Prostate cancer radiation dose response: results of the M. D. Anderson phase III randomized trial. *Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys.* 2002; 53: 1097-1105.
8. Zelefsky M. J., Fuks Z., Hunt M. y cols.: High-dose intensity modulated radiation therapy for prostate cancer: Early toxicity and biochemical outcome in 772 patients. *Int.J.Radiat. Oncol.Biol.Phys.* 2002;53:1111-16.
9. Zelefsky M. J., Cowen D., Fuks Z. y cols.: Long term tolerance of high dose three dimensional conformal radiotherapy in patients with localized prostate cancer. *Cancer* 1999; 85:2460-68.
10. Krumholtz J. S., Michalski J. M., Sundaram C. P. Health-related quality of life and morbidity in patients receiving brachytherapy for clinically

localized prostate cancer. *Journal of endourology* 2000;14:371-4.

11. Brandeis J. M., Litwin M. S., Burnison C. M., Reiter R. E. Quality of life outcomes after brachytherapy for early stage prostate cancer. *J Urol* 2000;163:851-7.
12. Lee W. R., McQuellon R. P., Case L. D., de Guzman A. F., McCullough D. L. Early quality of life assessment in men treated with permanent source interstitial brachytherapy for clinically localized prostate cancer. *J Urol* 1999;162:403-6.
13. Lee W. R., MacCullough D. L. HRQOL after brachytherapy. *Contemporary Urology* 2000;12:51-64.
16. Morton GC. Early prostate cancer. *Current problems in cancer* 2000; 24: 5-11.
14. Beerlage H. P., Thuroff S., Madersbacher S. y cols.: Current status of minimally invasive treatment options for localized prostate carcinoma. *Eur Urol* 2000; 37: 2-13.
15. Martínez A. A., Kestin L. L., Stromberg J. S. y cols.: Interim report of image-guided conformal high-dose-rate brachytherapy for patients with unfavorable prostate cancer: The William Beaumont phase II dose-escalating trial. *Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys* 2000; 47: 343-52.
16. Kobacs G., Wirth B., Berterman H. y cols. Prostate preservation by combined external beam and HDR brachytherapy at node negative prostate cancer patients: An intermediate analysis after 10 years experience. *Int.J.Radiat. Oncol.Biol.Phys.* 1996; 36: 198-202.
17. Alexianu M., Weiss G. H. Radical prostatectomy versus brachytherapy for early-stage prostate cancer. *Journal of Endourology* 2000;14:325-8.
18. Pedro J. Prada, Lucia Méndez, José Fernández et al. Long-term biochemical results

after high-dose-rate intensity modulated brachytherapy with external beam radiotherapy for high risk prostate cancer. *Radiation Oncology*. 2012, 7:31.

19. Pedro J. Prada, Herminio González, José Fernández et al. Biochemical outcome after high-dose-rate intensity modulated brachytherapy with external beam radiotherapy: 12 years of experience. *BJU int.* 2012; 109(12):1787-1793.
20. Pedro J. Prada, Isabel Jiménez, Herminio González et al. High-Dose-Rate Interstitial Brachytherapy As Monotherapy In One Fraction And Transperineal Hyaluronic Acid Injection Into The Perirectal Fat For The Treatment Of Favorable Stage Prostate Cancer: Treatment Description And Preliminary Results. *Brachytherapy*. 2012; 11(2): 105-110.
21. Pedro J. Prada, Germán Juan, Herminio González et al. Prostate-specific antigen relapse-free survival and side-effects in 734 patients with up to 10 years of follow-up with localized prostate cancer treatment by permanent 125iodine implants. *BJUI*. 106(1): 32-36, 2010.
22. Pedro J. Prada, Herminio González et al. Transperineal Injection of Hyaluronic Acid in the Anterior Peri-rectal Fat to Decrease Rectal Toxicity from Radiation Delivered with Low Dose Rate Brachytherapy for Prostate Cancer Patients. *Brachytherapy*. 8(2): 210-217, 2009.
23. Prada P. J., Fernández J. et al. Transperineal injection of hyaluronic acid in the anterior peri-rectal fat to decrease rectal toxicity from radiation delivered with intensity modulated brachytherapy or EBRT for prostate cancer patients. *Int J Oncol Biol Phys.* Vol. 69 (1):95-102,2007.



2025

Pablo Aldave Zabaleta

Estoy desesperado. Tantos años de estudio, tantas horas encerrado en mi habitación, tanto dinero gastado y no hay forma de encontrar un trabajo acorde a mis capacidades. Tras acabar derecho en la facultad y pasar dos años haciendo un máster en Madrid me veía con fuerza e ilusión para comerme el mundo. Sin embargo, han pasado dos años y sigo sin trabajo. Es duro a mi edad depender económicamente de mi familia, ya que, no tengo dinero propio para tomarme una simple cerveza con mis colegas. En mi entorno esta situación es habitual, dado que, la

mayoría de mis amigos están sin trabajo, pero, ésto no me consuela, quiero trabajar e independizarme. Me meto en la cama y pienso que mañana será un buen día.

Me despierto con las pilas cargadas. Siguiendo la rutina del día a día me preparo una taza de café y enciendo el ordenador. 25 mensajes, más de lo habitual. Los abro uno tras otro y todos dicen lo mismo: *“Lo sentimos mucho, no eres el perfil que buscamos, te guardaremos en nuestros archivos etc.”*, excusas vanas para decirme lo que ya sé: *“No te que-*

remos”. De repente, me llega un nuevo mensaje. Comienzo a leerlo y rápidamente me doy cuenta que el tono es distinto. Está escrito en inglés, idioma familiar para mí. No doy crédito a lo que leo y me propongo a releerlo con más calma. Pero, sí, es una oferta firme de entrevista de trabajo. Se trata de una ONG que trabaja en el Sahara a favor de los derechos del pueblo saharai. Precisan de un abogado joven, emprendedor, con conocimientos de idiomas y dispuesto a viajar por distintos países: en una palabra, yo mismo. El corazón me palpita, las manos me sudan, siento un nudo en el estómago



y sin perder un segundo abro google y busco: "Al-Ayún", mi destino. 2025 kilómetros de distancia. Un número como otro cualquiera, pero, que me acerca a mi sueño. Es la ciudad más importante del Sahara Occidental, así como la capital de la República Árabe Saharaui Democrática, aunque en la práctica está administrada por Marruecos.

Intento tranquilizarme, releo el e-mail; es una entrevista de trabajo. Mi cabeza funciona a toda máquina. Me acuerdo de Al-Sahim, mi compañero de muchas noches de charla en Madrid. Estoy seguro que la recomendación viene de su parte. Me pongo a pensar, trabajar a 2025 kilómetros de los míos no entraba en mis planes, pero, sí ayudar a los más necesitados.

Ha llegado el gran día. Estoy en la capital. Me dirijo al despacho de abogados donde me van a entrevistar. Llamo a la puerta y me conducen a una sala. Al entrar me quedo anonadado. Iluso de mí, pensaba que iba a ser una entrevista sólo para mí. La sala estaba llena de jóvenes que desprendían ilusión. Estoy nervioso. De uno en uno van llamando a la gente

que van desapareciendo tras una puerta. Cada entrevista dura unos quince minutos y todos salen sonrientes. Por fin llega mi turno y cuál será mi sorpresa cuando veo a mi amigo Al-Sahim tras un enorme escritorio. Se levanta a recibirme y nos damos un caluroso abrazo. Me cuenta que trabaja en el despacho de su padre y que es el encargado de contratar un nuevo abogado para trabajar en asuntos del Sahara. Recordamos viejos tiempos y cuando da por concluida la entrevista, me doy cuenta que no hemos hablado sobre el trabajo. Sólo me pregunta si quiero trabajar con ellos, a lo que respondo con un rotundo sí. Me dice si sé dónde va a estar mi puesto de trabajo, y le afirmo: "A 2025 kilómetros de mi casa". Se ríe, me guiña un ojo y salgo por la puerta.

Acabo de recibir un mensaje que me confirma que el trabajo es mío y que debo presentarme en un breve periodo de tiempo en mi destino, en mi primer trabajo. Adjuntados vienen el billete de avión, dinero para gastos y un contrato de abogado en el despacho del padre de Al-Sahim; mi primer contrato. Mis padres no se lo creen y les parece que

2025 kilómetros es una distancia excesivamente larga.

Con una maleta cargada de ropa e ilusiones vuelo hacia mi destino. Atrás dejo familia, amigos y una rutina de vida. Me dirijo a conocer otro país, otra cultura, otro idioma, otra gente y, sobre todo, otras leyes. Estos primeros días mi estancia y mi trabajo están siendo muy intensos. Hay mucho por hacer. Es increíble la cantidad de derechos que se les niega al pueblo saharauí. En ocasiones, me siento como David contra Goliat. Ni Marruecos, ni la comunidad internacional reconocen los derechos del pueblo saharauí. Sus condiciones de vida son extremas y aunque mis logros son pequeños son acogidos con alegría y esperanza por parte de sus dirigentes. Me gusta hablar con el pueblo, conocer sus costumbres, sentirme parte de ellos. En las frías noches en el desierto al hablar con ellos, delante de un té, hay una pregunta que me hacen cuando me quieren ver reír: ¿Dónde trabajas? Y yo les respondo: "A 2025 kilómetros de mi casa".



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

CUIDADOS ONCOLÓGICOS DESDE LA EVIDENCIA

XIII
JORNADAS DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

19 Y 20 DE MAYO

MADRID 2016