



Vol. 19 - N.º 2. Mayo 2017

enfermería oncológica

WWW.SSEO.ORG

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA





SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA BIENVENIDO A LA S.E.E.O.

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.

INNOVANDO EN CUIDADOS
LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN EL EJE DEL CAMBIO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

XVI CONGRESO SEEO 2017

VALENCIA, del 17 al 20 de mayo



¿DUDAS?

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

PREGUNTA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

XIII

CUIDADOS ONCOLÓGICOS DESDE LA EVIDENCIA

19 Y 20 DE MAYO

VISITA NUESTRA WEB
WWW.SSEO.ORG

sumario

- 04 EDITORIAL
- 05 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO Y PUERTO PLEURAL IMPLANTABLE SUBCUTÁNEO
- 12 ENTREVISTA A CELIA DÍEZ DE LOS RÍOS DE LA SERNA
- 14 BREVES
- 15 PROGRAMA DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON PROCESO DE CÁNCER
- 22 PÍLDORAS COLECCIONABLES: TOS
- 23 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE PIEL EN MUJERES EXPUESTAS A RADIACIÓN ULTRAVIOLETA
- 29 NUESTRAS COMPAÑERAS DE... UNIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL
- 31 REVISIÓN DE: MANEJO Y PREVENCIÓN DE LAS EXTRAVASACIONES
- 37 A LA VANGUARDIA: PROTONTERAPIA EN ESPAÑA
- 38 ¿SABÍAS QUÉ ...?
- 40 NOTICIAS DE EUROPA
- 42 NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS
- 43 AGENDA
- 44 RELATO: MI ONCOLOGÍA Y YO
- 47 NORMAS DE PUBLICACIÓN



FE DE ERRATAS: En el anterior número (Vol. 19 - N°1. Febrero 2017) en el título del artículo de la página 5, donde pone 'DOLOR DISRRUPTIVO' debería poner 'DOLOR IRRUPTIVO'

Edita: Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Apartado de Correos 21059. 28080 Madrid.
www.seeo.org/ info@seeo.org.

Codirectoras: M^a Dolores Fernández Pérez, Nuria Domenech Climent. Comité Editorial: Rosa Isabel Escamilla Pastor, Manuel Olivares Cobo, Antonio Zamudio Sánchez, Ana María Palacios Romero, Concepción Reñones Crego, Pablo Fernández Plaza, Nieves Gil Gómez, Carmen Vena, Ángeles Peñuelas Saiz, Juan Luis Ribes Bernal, Juan Manuel Gavala Arjona.

Diseño y Maquetación: Nacho Quesada [www.nachoquesada.com].

Impresión: Gráficas Jupel [info@graficasjupel.com].

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.



Pfizer – Hospira patrocina los premios de las Jornadas de la SEEO y el premio al mejor artículo publicado en la revista durante el año 2016. Los premios se entregarán en el XVI Congreso SEEO que se celebrará del 17 al 20 de mayo en Valencia.



Este año el lema de nuestro congreso nacional es “Innovando en cuidados. La enfermera oncológica en el eje del cambio”, creemos que podemos aportar medios y ayudar a buscar soluciones en estos tiempos de crisis, queremos mejorar los cuidados enfermeros para seguir avanzando en nuestra profesión, integrando evidencia y práctica clínica, pero sabemos también de la natural resistencia al cambio.

Como enfermeras no debemos olvidarnos de otro término que, paradójicamente, se ha puesto también de actualidad, como es la humanización. La esencia de los cuidados de enfermería es el ser humano como ser integral. No podemos creer que la realidad de una mayor tecnificación, la prioridad que se le da a la eficiencia y al control del gasto, las dificultades de comunicación y coordinación entre los diferentes niveles de gestión y asistencia a pesar de esos avances tecnológicos, nos hagan olvidar la esencia de nuestro trabajo: aumentar e innovar continuamente la calidad de los cuidados que damos a nuestros pacientes.

Pretendemos motivar a la enfermería oncológica con un término realmente ya antiguo como “innovar”, algo de lo que se hablaba

ya hace unos cuantos años cuando se desarrolló el término y que actualmente todos conocemos como I+D+i. A pesar el paso de los años, la i de innovación sigue en minúscula frente a la Investigación y Desarrollo.

La innovación en enfermería, como en otras muchas profesiones, es un proceso complejo que requiere inspiración, interdisciplinariedad, liderazgo, creatividad... pero también valentía, responsabilidad, estrategia e incluso marketing. Pero como todas sabemos eso, en enfermería resulta bastante difícil, aunque no podemos desanimarnos y de ahí las iniciativas de muchos profesionales para intentar cambiarlo. Eso es precisamente lo que buscamos, generar un espacio donde compartir y generar nuevas conexiones y apoyos que permitan rentabilizar esas ideas e incluso potenciar otras nuevas.

Os esperamos en Valencia para seguir desarrollando estas cuestiones ■



ARTÍCULO

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO Y PUERTO PLEURAL IMPLANTABLE SUBCUTÁNEO

Palacios Romero Ana María; Zudaire Fernández, Irazu

Contacto: ampalacios@ono.com

Enfermeras Hospital de Día de Oncología. Complejo Hospitalario de Navarra. Navarra. España

RESUMEN

Introducción: El Derrame Pleural Maligno aparece con frecuencia en pacientes con neoplasias avanzadas. El desarrollo de nuevas terapias paliativas como el Catéter Pleural Tunelizado (TPC) o el Sistema de Puerto Pleural Implantable Subcutáneo (SIPP) permite a los pacientes reducir la estancia hospitalaria y realizar el vaciamiento según sus necesidades.

Objetivos: Analizar ventajas e inconvenientes de los dos sistemas de drenado en cuanto a coste-efectividad y calidad de vida.

Metodología: Revisión bibliográfica de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y artículos científicos en las bases de datos sobre indicaciones, complicaciones y

calidad de vida de ambos. Búsqueda de datos sobre costes del Servicio Navarro de Salud.

Resultados: Son tratamientos poco cruentos que permiten espaciar las visitas al hospital. La mejoría sintomática en casi la totalidad de los pacientes se traduce en mayor confort.

SIPP: Paciente con piel íntegra que no necesita cuidados añadidos. Autoimagen conservada. Complicaciones: bajo índice, pero graves: obstrucción 2,4-7%, migración 1,6%, infección 3,2%. Total complicaciones: 9,6%. Catéter y 10 drenados suponen entre 2934 y 3848 €.

TPC: Paciente altamente motivado, re-

quiere soporte domiciliario y cuidados frecuentes. El 75-90% sin complicaciones. Aparece infección entre el 2 y 12%, obstrucción 3% y mal funcionamiento hasta el 9%. Coste: material de recambio exclusivo. El catéter, adiestrar al paciente y 10 drenados cuestan 1515 €.

Conclusiones: El TPC resulta entre 2-2,5 veces más barato que el SIPP, aunque éste presenta mayor número de complicaciones. El SIPP no precisa soporte domiciliario y puede aportar más comodidad, aunque suponga más dependencia del hospital.

Palabras clave: Derrame pleural maligno, Catéter tunelizado pleural, Sistema de Puerto Pleural Implantable Subcutáneo.

ABSTRACT

Introduction: Malignant Pleural Effusion occurs frequently in patients with advanced malignancies. The development of new palliative therapies such as Indwelling Pleural Catheter (IPC) or the Subcutaneous Implantable Pleural Port (SIPP) system allows patients to reduce their stays in hospital and empty the bag according to their needs.

Objectives: Analyse the advantages and disadvantages of the two pleural drainage systems in terms of cost-effectiveness and quality of life.

Methodology: A literature review of Evidence-Based Nursing and scientific papers in the databases on indications, complications and quality of life of both systems. A

search for data on costs of both systems for the Navarro Health Service.

Results: They are lesser invasive treatments and patients do not have to visit the hospital as frequently as with other alternatives. Improvement of symptoms for almost all patients resulting in greater comfort.

SIPP: Patient with intact skin who does not require added care. Preserved self-image.

Complications: low, but serious: 2.4-7% obstruction, 1.6% migration, 3.2% infection. Total complications: 9.6%. Catheter and 10 drainages total between €2,934 and €3,848.

IPC: Highly motivated patient requires frequent care and home support. 75-90%

have no complications. Infection occurs between 2 and 12% of the time, obstruction 3% and malfunction 9%. Cost: specific replacement materials. The catheter, training the patient and 10 drainages costs €1,515.

Conclusions: The IPC is between 2-2.5 times less expensive than the SIPP system, although it presents more complications. SIPP does not require home support and can be more comfortable, even if it means the patient is more dependent on the hospital.

Key words: *Malignant pleural effusion; Indwelling pleural catheter; Subcutaneous Implantable Pleural Port.*

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un derrame pleural maligno (DPM) es una complicación común de las neoplasias malignas avanzadas que deteriora la calidad de vida. El cáncer de mama, pulmón, ovario y el linfoma son los tumores más comúnmente asociados a él¹.

En muchos pacientes en situación paliativa, los síntomas comunes tales como la fatiga, la pérdida de peso y el dolor pueden ser bien controlados usando la quimioterapia convencional y la analgesia. Sin embargo, para muchos otros, los síntomas de disnea y el riesgo asociado de neumonía, plantean serias limitaciones a los cuidados paliativos, disminuyendo su calidad de vida y a menudo precisando repetidas hospitalizaciones².

Existen diversas opciones terapéuticas para el DPM cuya idoneidad dependerá de la velocidad de reaparición del derrame, las características del enfermo y la severidad de los síntomas requiriendo un manejo altamente especializado.

Se debe considerar que conseguir que los pacientes con cáncer avanzado permanezcan el mayor tiempo posible en su hogar implica que mantengan su intimidad, su rol social y familiar, el control sobre la

distribución de su tiempo y les ofrece la oportunidad de finalizar asuntos pendientes en un entorno más favorable. El y su familia necesitan ser alentados y habilitados en el manejo de los cuidados específicos que se derivan de su situación para conseguir una calidad de vida aceptable³.

Cuando existe derrame repetitivo y fracasa el tratamiento con pleurodesis química como primera opción, a los pacientes sintomáticos se les ofrece la colocación de un drenaje semipermanente, tipo PleurX® (Cardinal Health Interventional Specialties, McGaw Park, IL) o permanente mediante un Sistema de Puerto Pleural Implantable Subcutáneo (CELSITE® DRAINAPORT, B-Braun Medical Inc., Bethlehem, PA). El desarrollo de estas nuevas terapias paliativas permite a los pacientes reducir la estancia hospitalaria y realizar el vaciamiento según sus necesidades.

El Catéter Pleural Tunelizado (TPC) es un tubo fenestrado en su extremo distal colocado en el espacio pleural y con el extremo proximal del catéter abocado al exterior. Este catéter está especialmente diseñado para que la técnica de drenado se realice con carácter ambulatorio por parte del paciente y/o familia en el propio

domicilio^{4,5}. Se debe asegurar que el drenado se realiza de forma segura, cómoda y eficaz evitando riesgos innecesarios al enfermo.



Imagen 1.

Rx de paciente con SIPP implantado. PleurX®

El CELSITE® DRAINAPORT (B. BRAUN) Sistema de Puerto Pleural Implantable Subcutáneo (SIPP) consta de un catéter con varios orificios para facilitar el drenado que se coloca en la cavidad pleural y se tuneliza y conecta a un pequeño recipiente (reservorio), alojado en un bolsillo subcutáneo que se crea en la base de las costillas⁶. El drenado de este sistema de acceso implantable pleural es realizado por enfermería bajo indicación médica. El uso de este dispositivo nos permite la punción repetida al ser una técnica sencilla, y de fácil manejo posterior.

El enfermero y el personal sanitario del ámbito de la oncología deben estar entrenados en las diferentes opciones de tratamiento con el objeto de informar, aconsejar y orientar a los pacientes y cuidadores sobre ellas para incentivar la participación activa en el cuidado de su salud.

El objetivo de este estudio es analizar ventajas e inconvenientes de los dos sistemas de drenado en cuanto coste-efectividad y calidad de vida.

Imagen 2.

Paciente con TPC implantado. Celsite®



METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con la intención de obtener un resumen de la información publicada disponible. No se ha pretendido confeccionar un metaanálisis generalizado estadístico ya que los estudios no reúnen similares características y carecen en muchos casos de datos sobretodo referentes a calidad de vida de los pacientes. Se seleccionaron en PUBMED artículos científicos desde 2009 a diciembre 2014 sobre pacientes con DPM portadores de estos dos tipos de

catéteres en los que constara información sobre efectividad, complicaciones y calidad de vida de ambos.

Las variables analizadas fueron: número de pacientes, tipo de dispositivo, mejoría de síntomas, complicaciones asociadas (infecciones, complicaciones mecánicas, neumotórax, metastatización local y dolor), motivo de retirada del catéter, recurrencia, calidad de vida y supervivencia. Se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir las características de los estudios

y los resultados en el programa Microsoft Excel 2010®.

El Servicio Navarro de Salud nos facilitó el listado de precios de productos y servicios relacionados con ambas técnicas para elaborar una tabla comparativa de los costes que se derivan de la implantación y manejo de los dos drenajes. No se han analizado las características del manejo de estos tipos de drenaje en nuestro Centro por ser, todavía, una muestra pequeña la de pacientes afectados.

RESULTADOS

Hemos encontrado múltiples estudios que analizan ambas técnicas, pero que no comparan ambos dispositivos entre sí.

Ateniéndonos a dicha experiencia^{4,7}, ambos procedimientos son poco cruentos pero para su implantación se requiere una estancia hospitalaria de corta duración, que permite espaciar a los enfermos y sus familias las visitas al Centro. La mejoría de la disnea ocurre en el 95 -100% de los casos.

Manejo de TPC y SIPP

Con respecto al SIPP, también llamado *sistema de acceso implantable pleural*, hemos hallado muy pocos estudios que realicen análisis de su manejo. Los más importantes son el efectuado por Kriegel

et al.⁷, en el que recogen datos de 125 SIPP y el de Monsky et al.⁸ que analizan un total de 30 puertos, de los cuales 14 solamente corresponden a accesos pleurales. El resto de la literatura describe experiencias basadas en 1 ó 2 pacientes. En cuanto a la manipulación del catéter, ésta debe ser realizada por enfermeras adiestradas al respecto, bajo supervisión médica. En nuestro centro hospitalario, las enfermeras del Hospital de Día constituyen la referencia sobre su manejo y si es preciso utilizarlo en el domicilio del enfermo, lo manipularán los profesionales de enfermería del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

Sin embargo, existe amplia literatura sobre el manejo del TPC y resulta imprescin-

dible destacar el metaanálisis efectuado por Van Meter et al⁴ sobre 1370 pacientes y el más actual de Ost et al⁹ publicado en junio de 2014, con 266.

El referente para su correcta utilización (en nuestra región) también es la Unidad de Enfermería del Hospital de Día y una vez adiestrado paciente y cuidador, el cuidado y drenado será domiciliario, con soporte del Equipo de Enfermería de Atención Primaria.

Utilidad y complicaciones

SIPP

Su uso está dirigido a pacientes con derrame pleural bilateral o compresivo, en los cuales no se produce una reexpansión

pulmonar satisfactoria o la toracocentesis de repetición resulta dificultosa (pacientes obesos, ansiosos o con un solo pulmón)⁷. La manipulación del dispositivo debe hacerse con estrictas condiciones asépticas^{6,10} y tras cada drenaje o una vez cada 21 días si no se ha manipula-

do, es aconsejable sellarlo con técnica de presión positiva y después del drenado el paciente debe descansar durante un mínimo de 30 minutos¹⁰.

El portador de un Puerto Pleural Implantable Subcutáneo mantiene la piel íntegra conservando su autoimagen y no necesi-

ta cuidados añadidos ya que el procedimiento se realiza en el hospital. El índice de complicaciones es bajo, pero cuando ocurren, éstas son graves: obstrucción 2,4-7%, migración 1,6%, infección 3,2%, con un total del 9,6% que presentó complicaciones.

Resultados 1º autor, año	TPC					SIPP	
	Van Meter ⁴ 2010	Ost ⁹ 2014	Lorenzo ¹⁶ 2014	Boshuizen ¹⁷ 2013	Bertolaccini ¹⁸ 2012	Kriegel ⁷ 2011	Monsky ⁸ 2009
n	1370	266	51	45	90	125	14
Infección, inespecificado	2					3,2	
Celulitis	3,4	4	5,88	4	2,2	1,6	
Empiema	2,8	1	5,88	4	0	0,8	
Total infección	8,2	5	11,7	8	2,2	3,2	0
Dislocación del catéter	2,2	1	2	2	1,1	1,6	
Malfuncionamiento	9,1	0,4	2	4			7
Obstrucción	3,7	3	2			2,4	
Total comp. mecánicas			6				
Dolor	5,6	0,4		2	5,6		
Neumotórax	3,9	0	0	2		0	7
Metástasis en el tracto	0,8	0	0	2		0	14,2
Retirada por complicaciones	8,5	7,3		4		2,4	14,2
Pacientes sin complicaciones	87,5	90,3		75			
Mejoría de síntomas	95,6		100		100	97,6	96%
Pleurodesis espontánea	45,6	51,9	33	20			14,2
Retirada por pleurodesis		47,74	33		41	36,8	42,85
Total complicaciones	12,5	9,7	19,6	25	11,1	9,6%	

Tabla 1. Complicaciones, efectividad y mejoría de síntomas en pacientes portadores de catéter pleural CELSITE® DRAINAPORT (SIPP) y PLEURX® PLEURAL (TPC) en %.

Kriegel et al⁷ describen dos casos de migración del catéter de los 125 implantados, y 3 complicaciones mecánicas: una extrusión en un paciente malnutrido que precisó su reimplantación y 2 desconexiones entre el puerto y el catéter. Un total de 122 pacientes experimentaron mejoría de la disnea, aunque 6 SIPP fueron retirados por malestar y pleurodesis.

Monsky et al⁸ evalúan el impacto sobre la calidad de vida (CdV) de 30 pacientes, de los cuales 16 portaban un SIPP para el drenado peritoneal de la ascitis refractaria y 14 para el drenado de efusiones pleurales. En dicho estudio se realizó un cuestionario a las enfermeras que los manejan y a los mismos enfermos sobre la fatiga, la actividad, el estado emocional y síntomas

abdominales y sistémicos. El resultado es que ofrece un alto grado de satisfacción: en una escala de 10 puntos, la mejora de CDV (comparada con la anterior a la colocación del puerto), fue calificada como un promedio de 9.5 por los pacientes y 9.0 por el personal de enfermería.

TPC

El TPC es un catéter indicado para el tratamiento paliativo del DPM en el propio domicilio¹¹. Por ello, se precisa que el enfermo esté altamente motivado, requiere de apoyo familiar y cuidados frecuentes. En el 75-90% de los casos no presenta complicaciones. El índice de infección fluctúa entre el 2 y el 12%, la obstrucción aparece entorno al 3% y hasta en el 9% se documenta un mal funcionamiento.

El estudio más amplio pertenece a Van Meter et al⁴ en 2010, que realizan un metaanálisis de 19 publicaciones sumando 1370 pacientes portadores de TPC. Revela carencias de datos factoriales como los de tratamientos concurrentes de quimioterapia u opioides. Pocos autores han incluido un análisis de su rentabilidad, si puede ser más eficaz en determinados tipos de cáncer y destaca la necesidad de agregar en futuros estudios medidas validadas de control de síntomas y CdV.

Ost et al⁹ publicaron en 2014 los resultados de un estudio prospectivo observacional con 266 pacientes en los que midió la supervivencia ajustado por calidad, disnea, complicaciones e intervalo de repetición de drenados. Entre los resultados, destaca que la mayor parte de las complicaciones, que ocurrieron en 31 portadores del TPC, sucedían en el primer mes tras su colocación. Cuando se retiraron los catéteres prematuramente debido a complicaciones o disfunciones, la recurrencia del DPM fue más frecuente. Además, los enfermos que experimentaron menos dificultad para respirar y los que disfrutaban de mejor calidad de vida vivieron más tiempo de forma significativa respecto a los demás portadores analizados.

Numerosos autores^{12,13,14,15} han comparado los diversos tratamientos empleados para el DPM como la toracocentesis, la pleurodesis y la implantación de un drenaje permanente pero no hemos hallado en la literatura un estudio que compare el catéter tunelizado con el reservorio subcutáneo.

También existen estudios descriptivos que versan sobre el empleo de un catéter pleural tunelizado y algunos se detienen a valorar la calidad de vida de los pacientes, como el de Lorenzo et al¹⁶, un estudio observacional multicéntrico en el que se evaluó la calidad de vida de 51 portadores antes de la colocación del catéter y a los 30 y 60 días. Según dicho estudio, la son-

da pleural permanente es útil para manejo paliativo del DPM recurrente y beneficia la CdV en pacientes con malignidades avanzadas. Otros describen el coste que supone su empleo, como es el caso de Boshuizen et al¹⁷, que analizan el coste que supone el uso de sondas pleurales para el manejo del DPM en un hospital holandés y consideran que los costos son dependientes del tipo de tumor y la supervivencia del paciente.

COSTE

Se han recogidos datos sobre los precios establecidos en el Servicio Navarro de Salud en 2014. Para establecer las diferencias en cuanto a coste en el Complejo Hospitalario de Navarra entre los dos sistemas, se excluyeron los referentes a quirófano y a la corta hospitalización que requieren ambos para su implantación. Se incluyen precios del material específico, radiografía de tórax, cura, consulta médica y estancia en Hospital de Día. La comparación del coste de ambos catéteres se estableció durante un periodo de varias semanas.

Precios	en €, IVA incluido
Rx tórax	22,41
Realización de una cura	65,32
Material para la cura	11,01
Consulta médica sucesiva	146,96
Estancia en Hospital de Día	157,83

Tabla 2. Costes en Servicio Navarro de Salud de Drenado pleural

Se contabilizaron los gastos materiales de la implantación y de 10 drenados posteriores, (generalmente uno por semana). La media de visitas que un paciente realiza al Hospital de Día en 10 semanas para acudir a Consulta Médica y a la administración de tratamiento es de 3 a 6 visitas.

SIPP

Como describe Kriegel⁷, la implantación se realiza por un equipo entrenado, bajo anestesia y durante un ingreso de corta duración. Su manejo es ambulatorio en medio hospitalario y la técnica de aspirado

la realiza una enfermera, a demanda del paciente, bajo supervisión del oncólogo.

El portador del catéter SIPP, en el transcurso de 10 semanas acude al Hospital de Día para valorar drenado y precisará Rx de tórax, Consulta Médica y estancia de varias horas (entre 3 y 6) en una habitación individual de nuestro Servicio. Además, en ese periodo, coincide con la administración de tratamiento entre 3 y 6 ocasiones. El coste es dependiente de la demanda, pero siempre que acude por ambos motivos (tratamiento programado y drenado), no se ha contabilizado los conceptos de consulta y estancia en la unidad. En este caso, se suman los gastos adicionales: Rx tórax, material utilizado (que es el existente en la Unidad) y cura. Efectuando la suma de la implantación del catéter y la realización de 10 drenados supone entre 2934 y 3848€ (dependiendo si coincide con 3 ó 6 tratamientos programados).

SIPP (CELSITE®)	en €, IVA incluido
Catéter e introductor	727,6
Drenado pleural si no coincide con sesión de quimioterapia (QT)	403,53
Drenado pleural si coincide con sesión de QT	98,74
10 semanas drenado coincidiendo con 3 sesiones de QT	3.120,93
10 semanas drenado coincidiendo con 6 sesiones de QT	2.206,52
Total Implantación y 10 drenados	De 3848,53 a 2934,12

Tabla 3. Costes en Servicio Navarro de Salud de Drenado Pleural con catéter Celsite®

TPC

El portador del catéter PleurX® acude a la semana de la implantación del TPC para que la enfermera le realice el primer drenado, aprender a realizarlo en su domicilio, recoger el material exclusivo necesario y recibir las Recomendaciones de Enfermería. En la siguiente visi-

ta, coincidiendo con Consulta Médica y tratamiento programado, lo efectuará él mismo ayudado de su cuidador bajo nuestra supervisión.

COSTE

Material de recambio exclusivo. El catéter, adiestrar al paciente y 10 drenados cuestan 1515€.

TPC PLEURX®	en €, IVA incluido
Kit de implantación con 1er drenado	440
Kit para un drenado	85,25
1er drenado en Hospital de Día (cura + kit)	150,57

TPC PLEURX®	en €, IVA incluido
2º drenado en Hospital de Día (estancia + kit)	243,08
8 kit de drenados en domicilio	682
TOTAL Implantación y 10 drenados	1515,65

Tabla 4. Costes en Servicio Navarro de Salud de Drenado Pleural con catéter PleurX®

DISCUSIÓN

La mejoría sintomática, cercana al aproximadamente el 100% de los casos, se traduce en mayor confort a pesar de que no se analiza en la mayoría de los estudios publicados.

En la literatura analizada se muestran resultados satisfactorios en cuanto a efectividad y bajo riesgo de complicaciones de ambos dispositivos, aunque existen numerosos estudios referentes al manejo del catéter PleurX® pero solamente dos en el caso del Celsite®. Monsky et al⁸, en un estudio multicéntrico prospectivo de pacientes con derrame pleural maligno tratados con SIPP o una pleurodesis con talco, divulgó que utilizar el catéter mejoró significativamente la CdV y la disnea con respecto al grupo de la pleurodesis, aunque utilizó un cuestionario abreviado similar al de hepatopatía crónica.

En el mayor artículo sobre el SIPP⁷, no se describen datos de CdV ni de recurrencia tras su retirada. Dada la dependencia de su portador con el personal sanitario y las visitas hospitalarias condicionadas, sería conveniente establecer análisis objetivos de CdV.

Solo en dos artículos se han encontrado datos sobre recurrencia del DPM tras la

retirada del TPC: en el meta-análisis de Van Meter et al⁴, de los 1370 pacientes descritos, aparece el dato en 651 pacientes, de los cuales el DPM reapareció en 50 (el 7,7 %); Ost et et al⁹, en el 2014, describen que la recurrencia es mayor si se asocia a retirada por complicaciones o mal funcionamiento. En general, de los 266 portadores del TPC, el 7,8% de los pacientes requieren una intervención de repetición.

Algunos autores relatan su experiencia con un TPC, incluyendo algunos datos sobre coste, beneficio y mejoría de síntomas, pero es difícil encontrar alguno que incluya tratamientos concurrentes o que hayan empleado escalas de valoración de calidad de vida.

Lorenzo et al¹⁶ participaron en un estudio observacional multicéntrico de cinco hospitales españoles que evaluó la CdV de 51 pacientes antes de la colocación del catéter tunelizado, 30 y 60 días después. Se utilizó el cuestionario versión 3.0 de EORTC QLQ-C30 y para pacientes con cáncer de pulmón, también se utilizó el QLQ-LC13. Sólo 28 completaron el cuestionario QLQ-C30 a los 30 días y de ellos 13 lo hicieron a los 60 días. En el momen-

to de 30 días, se encontró una mejora significativa de la escala de síntomas. Para los otros dos dominios valorados (estado de salud global y escalas funcionales), el resultado mostró una disminución no significativa.

Respecto a la supervivencia es muy difícil averiguar con los estudios existentes si los catéteres la han alargado ya que muchos pacientes siendo, aún, portadores del catéter y se desconocen comparaciones respecto a series históricas. Kriegel et al⁷ exponen que la media fue de 344 días y los datos del meta-análisis de Van Meter et al⁴ oscilan entre 3 y 1240 días.

En general, los pacientes describen relativamente modestas mejoras en la utilidad lo que sugiere que muchos determinantes afectan la calidad de vida en el DPM. Debemos señalar que para ofrecer una opción personalizada al enfermo paliativo se precisan más estudios comparativos de coste-efectividad y CdV.

Respecto a nuestro análisis, existen otros factores determinantes del coste de los catéteres del Sistema Navarro de Salud no analizados: comorbilidades e ingresos por complicaciones.

CONCLUSIONES

El catéter PleurX® resulta entre 2 y 2,5 veces más barato de financiar para el Servicio Navarro de Salud. El paciente portador del SIPP mantiene la integridad cutánea, no precisa soporte domiciliario y puede

aportar más comodidad, aunque suponga más dependencia del hospital del paciente y familia. Las complicaciones derivadas de su implantación y utilización cuentan con un bajo índice, pero son potencial-

mente graves. En cambio, el TPC presenta un mayor número de complicaciones aunque ofrece más independencia al enfermo aún a expensas de un mayor entrenamiento y colaboración del cuidador. Es

un procedimiento más económico ya que su manejo puede ser domiciliario pero requiere material de recambio exclusivo.

Ya que la mejoría de síntomas con cualquiera de los dos tipos de drenaje está

prácticamente garantizada, el equipo de oncología deberá escoger el tipo de catéter que ofrece al paciente con DPM en base a motivos económicos y preferencias personales. Así mismo, debemos conocer

las ventajas y desventajas de estos sistemas de drenado para aconsejar y aclarar dudas del enfermo respecto a su idoneidad, basándonos en sus deseos y las características de su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brubacher S & Holmes Gobel B. (2003). Use of the Pleurx® Pleural Catheter for the Management of Malignant Pleural Effusions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7 (1), 35-38.
2. Warren WH, Kim A & Liptay M. (2008). Identification of clinical factors predicting Pleurx® catheter removal in patients treated for malignant pleural effusion. *European Journal Cardio-Thoracic Surgery*, 33, 89–94.
3. Paice JA. Care During the Final Days of Life. (2011). In Henke Yarbro C, Wujcik D, Holmes Gobel B (ed.) *Cancer nursing, principles and practice*, pp. 1829-41. 7ª ed. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.
4. Van Meter ME, McKee KY & Kohlwes J. (2010). Efficacy and Safety of Tunneled Pleural Catheters in Adults with Malignant Pleural Effusions: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 26(1), 70–76.
5. Catéter PleurX® [Internet]. McGaw Park, IL; [actualizado 9 Mar 2016; citado 15 May 2016]. Ficha técnica. Disponible en www.carefusion.com.
6. Celsite® Access Ports de B-Braun Medical Inc., Bethlehem, PA [Internet]; [actualizado Mar 2016; acceso 20 May de 2016]. Ficha técnica. Disponible en <http://www.bbraun.es>.
7. Kriegel I, Daniel C, Falcou MC, Marcou A, de Bosschère L, Benarab S, Livartowski A & Estève M. (2011). Use of a Subcutaneous Implantable Pleural Port in the Management of Recurrent Malignant Pleurisy: Five-Year Experience Based on 168 Subcutaneous Implantable Pleural Ports. *Journal of Palliative Medicine*, 14, (7), 829-34.
8. Monsky WL, Yoneda KY, MacMillan J, Deutsch LS, Dong P, Hourigan H, Schwartz Y, Magee S, Duffield C, Boak T & Cernilia J. (2009). Peritoneal and Pleural Ports for Management of Refractory Ascites and Pleural Effusions: Assessment of Impact on Patient Quality of Life and Hospice/Home. *Nursing Care. Journal of Palliative Medicine*, 12 (9), 811-17.
9. Ost DE, Jimenez CA, Lei X, Cantor SB, Grosu HB, Lazarus DR, Saadia A. Faiz et al. (2004). Quality-Adjusted Survival Following Treatment of Malignant Pleural Effusions With Indwelling Pleural Catheters. *CHEST*, 145 (6), 1347–56.
10. Celsite® Access Ports de B-Braun Medical Inc., Bethlehem, PA [Internet]; [actualizado Mar 2016; acceso 14 May de 2016]. Protocol for Maintenance of the Celsite® Pleural and Peritoneal Ports. Disponible en <http://www.bbraun.es>.
11. Tremblay A & Michaud G. (2006). Single-Center Experience With 250 Tunnelled Pleural Catheter Insertions for Malignant Pleural Effusion. *CHEST*, 129, 362-68.

Celia Díez de los Ríos de la Serna

Nurse Practitioner in medical oncology at the University Hospital Southampton NHS Foundation Trust

Celia es enfermera oncológica de práctica avanzada (Advanced Nurse Practitioner) y trabaja desde hace cuatro años en el Hospital Universitario de Southampton, Inglaterra.



University Hospital Southampton **NHS**
NHS Foundation Trust

Aunque intuimos el motivo, cuéntanos un poco: ¿qué te llevó a irte a trabajar a Inglaterra y cómo fue el proceso, quién te puso en contacto con ellos?

Fue una decisión que pensé durante muchos años pero a que, al final, tomé por impulso. El momento en el que lo pensé fue cuando se me acabó un contrato largo en el hospital de día de oncología de un hospital público de Madrid. Me gustaba tantísimo ese trabajo que no conseguía aceptar que mi siguiente contrato no fuese con pacientes oncológicos. Luego pasaron los años y me di cuenta de que realmente era mi vocación y tenía que perseguirla y especializarme en ello.

El proceso fue largo: conseguir trabajo no es complicado pero colegiarte en Inglaterra es laborioso. Empecé por preparar la documentación para el Colegio de Enfermería, que tarda en responder e incumple sus propios plazos, lo que obliga, en muchos casos, a tener que volver a enviar alguno de los documentos.

Cuando los papeles parecían organizados y estaba esperando el número de colegiada, hice las entrevistas. Yo hice las solicitudes y las entrevistas en Madrid. Hay muchas agencias que coordinan entrevistas con hospitales británicos que necesitan enfermeros. Primero las agencias hacen pruebas de cálculo de medicaciones, comprueban tu nivel de inglés y, si eso va bien, pasas a entrevistarte con representantes del hospital. En mi caso, cuando me preguntaron por qué estaba ahí y qué quería, yo fui absolutamente sincera y contesté que quería trabajar en oncología y que si no entraba en esa especialidad, me quedaba en España. Debí parecerles bien mi respuesta porque unos días más tarde me ofrecieron el trabajo.

¿Qué es lo que más te chocó cuando empezaste a trabajar?

Recuerdo mi primer día de trabajo y me llamaron la atención muchas cosas. Por ejemplo, todos los que empiezan a trabajar (extranjeros o no) pasan dos semanas sin formar parte de la plantilla, lo que te da la oportunidad de conocer cómo se trabaja en esa unidad, preguntar dudas o ir con otras enfermeras para familiarizarte con el trabajo. También, la cantidad de enfermeras por planta: en una planta hay una enfermera por cada 6/8 pacientes, y otra que no lleva pacientes y coordina la planta, siempre presente. Pese al cambio de idioma tengo que reconocer que nunca me he sentido tan segura.

Pero no todo fue positivo: me chocó mucho la falta de trabajo en equipo con los auxiliares de enfermería, o la relación entre enfermeros y pacientes: es más común ofrecer una “cup of tea” (taza de té) a un paciente o familiar abatido que ponerle una mano en el hombro.

Y algunos utensilios y aparatos que nunca había visto en España y que ahora no sabría vivir sin ellos: unas sábanas entremetidas especiales para pacientes obesos, una “commode” (creo que se definiría como una silla de ruedas con cuña incorporada).

Mi primera semana fue un choque cultural y un auténtico caos.

Cuéntanos cómo es la formación de una enfermera en Inglaterra

Hasta hace poco había lo que equivaldría en España a las ATS. Ahora todas las enfermeras tienen que pasar por la universidad y estudian durante tres años.

“ Trabajo en Oncología Médica y la mayor parte de mi trabajo la realizo con pacientes ingresados: haciendo admisiones y evaluaciones o tratando a pacientes ingresados en la unidad de Oncología, pero también asisto a pacientes que acuden a urgencias, a la consulta o a la unidad de urgencias oncológicas con un problema oncológico. Parte de mi trabajo es prescribir y tratar a pacientes que presentan efectos adversos derivados de su tratamiento o del propio cáncer para acelerar su evaluación y tratamiento y así evitar esperas o ingresos innecesarios ”

Durante sus años de universidad tienen clases teóricas y prácticas y, al final, pueden optar por hacer un trabajo final, y graduarse, o no hacerlo, lo que sería como un diplomado (por buscar un equivalente). Al inscribirte eliges especialidad: adulto, infantil, personas con problemas de aprendizaje o especialidad de salud mental. Por lo que desde el inicio de la universidad estás restringido a un ámbito u otro, o a dos si quieres estudiar 4 años y dos especialidades.

Las asignaturas y la forma de evaluar tienen que seguir el código marcado por el colegio de enfermería pero es distinto según las universidades

Hay programas especiales en los que no tienes que estudiar a tiempo completo, como por ejemplo para los auxiliares de enfermería.

Tengo que reconocer que, tras cuatro años aquí, no entiendo muy bien lo que estudian en la universidad: aquí no hay diagnósticos de enfermería (NANDA, NIC, NOC), y no estudian mucha farmacología o anatomía. Tienen mucha sociología, psicología, tiempo de prácticas, liderazgo y fundamentos de enfermería.

¿Qué diferencias encuentras entre la enfermera española y la inglesa?

A riesgo de parecer presumida, me parece que la enfermera española está mucho mejor preparada. Nuestra formación universitaria tiene poco que envidiar a casi ningún país europeo.

El problema viene al acabar la universidad. Ahí sí que hay mucha diferencia en oportunidades, desarrollo y formación posterior.

En Inglaterra la formación continuada es más que un derecho, es una obligación. Cada tres años hay que hacer un determinado número de horas de formación y, para ello, tienes derecho a, al menos, siete días libres. Lo habitual es que tu formación se programe y decida todos los años con tu jefe. En general, son tus propios jefes los que se sientan contigo a ver qué te interesa hacer y tratan de ayudarte para conseguirlo. Eso incluye buscar cursos, facilitarte los días libres y pagártelos o ayudarte a buscar cómo pagarlos.

Igualmente, la situación es diferente en lo que al trabajo se refiere. Aquí es normal tener un contrato indefinido pero también está muy aceptado que la gente se mueva en búsqueda de oportunidades mejores.

Pero yo veo a las enfermeras españolas muy polivalentes, más seguras de sí mismas y muy al día en evidencia científica, don-

de las enfermeras inglesas parecen tener los conocimientos muy específicos a su especialidad (estoy generalizando, por supuesto, porque haber, hay de todo)

En Inglaterra la oncología es una especialidad reconocida para las enfermeras: ¿qué crees que aporta esa especialidad?

Conocimiento y seguridad al paciente por encima de todas las cosas.

Yo he trabajado mucho con quimioterapia en España pero hasta que llegué a Inglaterra no aprendí muchas cosas que podrían haber supuesto un riesgo para mis pacientes o, incluso, para mí.

Te da la capacidad de formarte y recibir información e investigación sobre aquello en lo que trabajas y, por tanto, te mantiene al día.

¿Crees que en España la enfermería está valorada?

Desgraciadamente creo que esta pregunta no necesita respuesta: lo cierto es que NO. No estamos valoradas ni por nuestro propio gremio. No nos valoramos y por tanto no somos capaces de defender lo muchísimo que valemos (¡y lo fantástica que es nuestra formación!)

En tu opinión, ¿qué le faltaría a las enfermeras inglesas que sí tienen las españolas y viceversa?

En Inglaterra existe una expresión que es “think outside the box”, algo así como “piensa más allá” o “no tengas prejuicios”. Yo veo a las españolas mucho más capacitadas para enfrentarse a situaciones fuera de lo común y también para identificar o intervenir con pacientes muy deteriorados. Volvemos a la polivalencia que tienen las enfermeras españolas gracias a su formación general.

Las enfermeras inglesas son mucho mejores siguiendo protocolos, creo que infravaloramos esto en España. Me parecen los “reyes” de la prevención: identifican los riesgos antes de que ocurran y eso evita problemas. Y también destacaría el respeto a la enfermería y la defensa y apoyo del paciente y de la enfermería.

¿Crees que el desarrollo o el nivel de investigación de las enfermeras oncológicas de Inglaterra ha influido en el desarrollo de su profesión?

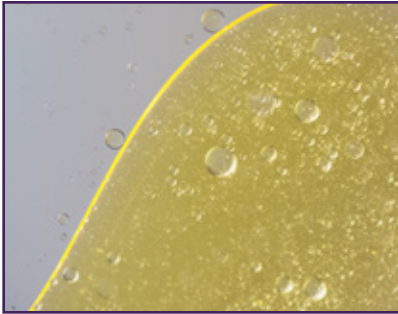
Sin la menor duda. Aunque desgraciadamente aquí también hay mucho por mejorar para hacer de la investigación algo cercano y común a todas las enfermeras

Para finalizar, ¿qué consejos darías a las enfermeras oncológicas?

Que sigan formándose: necesitamos saber qué medicación damos y qué efectos tiene en el cuerpo de nuestros pacientes.

Que trabajen en equipo: no hay nada como un buen equipo multidisciplinar para mantener a todos formados, unidos y motivados.

Y que, por favor, pese a la falta de personal, no se olviden de trabajar para y por sus pacientes que necesitan mucho apoyo y mucha formación. La oncología es de las pocas especialidades que trata al paciente y sus familiares tanto o más que al propio cáncer, y debemos estar orgullosos de eso.



Las células madre podrían resolver la xerostomía.

Las células madre autólogas mesenquimales pueden tratar de forma efectiva la xerostomía, según un cuadro cuyos tratamientos actuales no son resolutivos y que suele aparecer en personas que reciben radioterapia por cáncer de cabeza y cuello, entre otras causas.



La detección precoz del cáncer de colon reduce su mortalidad un 90%

Con motivo del Día Mundial Para la Prevención de Cáncer de Colon, que se celebra el 31 de marzo, la AECC insiste en la necesidad de acelerar los plazos de implantación de programas de cribado para aumentar la detección precoz y reducir la mortalidad del cáncer de colon, ya que actualmente solo cuatro autonomías completan el cribado.



Suplementar con vitamina D y calcio no reduce significativamente el riesgo de cáncer.

Según un estudio publicado en *JAMA*, los suplementos de vitamina D y de calcio no tienen un resultado significativo en la reducción del riesgo de padecer cáncer en mujeres mayores.



Expectativas de la inmunoterapia en cáncer de colon con inestabilidad de microsatélites.

La inmunoterapia ha despertado nuevas expectativas en el abordaje del cáncer de colon, sobre todo, en el caso de pacientes con inestabilidad de microsatélites, que son pacientes en los que, en general, no se consigue buena respuesta a quimioterapia.



Una nueva inmunoterapia mejoraría la terapia de pulmón.

Investigadores del CIMA de la Universidad de Navarra demuestran que el bloqueo combinado de las proteínas C5a y PD-1 inhibe el crecimiento del tumor y previene las metástasis en modelos animales.



Cáncer de colon: el conocimiento social difiere de la incidencia.

La Fundación Merk Salud ha realizado una encuesta sobre conocimiento en cáncer, con especial atención al colorrectal (CCR), que revela que sólo el 45 por ciento de la población conoce los síntomas asociados a esta enfermedad.



ARTÍCULO

PROGRAMA DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON PROCESO DE CÁNCER

Rosa María Raga Chardí¹, Antonio Zamudio Sánchez², Miguel Angel Sánchez Lozano³
Elena Jiménez Suárez⁴, María Victoria Cerezo Guzmán⁵, Pablo Fernández Plaza⁶

¹ Enfermera de consulta de la Unidad Gestión Clínica Intercentros (UGCI) de Oncología Médica de Málaga.

² Coordinador de Cuidados de UGCI de Oncología Médica de Málaga.

³ Licenciada en Psicología por la Universidad de Málaga. Psicóloga AECC.

⁴ Doctora en Psicología por la Universidad de Málaga. Coordinadora Asamma.

⁵ Supervisor del área ambulatoria de la (UGCI) de Oncología Médica de Málaga.

⁶ Supervisor del área de hospitalización de la (UGCI) de Oncología Médica de Málaga.

Departamento: Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología de Málaga. Centro: Hospitales General y Virgen de la Victoria de Málaga

Contacto: Rosa M. Raga Chardí / sefarhippy@hotmail.com / anamaria.tordable@salud.madrid.org

RESUMEN

La cronicidad del proceso oncológico y sus tratamientos conlleva síntomas de difícil manejo que se prolongan en el tiempo, las pacientes demandan soluciones o las buscan en otros campos. Un reto que invita a la enfermera oncológica a trazar líneas de carácter educacional conduciendo a las pacientes hacia la mejor calidad de vida. Este proyecto pretende acercar las terapias complementarias (TC) al ámbito hospitalario buscando las más adecuadas, y explorando su efectividad.

Objetivos: Establecer un programa TC en la Unidad de Gestión Clínica Intercentros (UGCI) de Oncología Médica de Málaga en Pacientes con Cáncer de mama y/o

ginecológico recibiendo tratamiento anti-neoplásico, terapias biológicas o en revisión. Evaluar la adherencia al programa. Determinar la adecuación del programa y valorar la percepción la percepción de los pacientes que abandonan el programa

Material y método: Estudio descriptivo longitudinal se realizará a pacientes con cáncer de mama y ginecológico en el Hospital de Día Onco-ginecológico de la (UGCI) Se medirá mediante cuestionario de salud EQ-5D-5L. Cuestionario de Oviedo de sueño y variables independientes. La duración total del estudio es de 24 meses. Esta primera fase a los 6 meses, para la captación de pacientes y comienzo del

programa, tiene la finalidad de poder realizar cribado de adversidades y determinar su adecuación.

Resultados: Acupuntura 8 pacientes. Reiki 26 pacientes, con un incremento de la demanda. Reflexología 7 pacientes. Las entrevistas a los abandonos nos han permitido estudiar los fenómenos en su contexto.

Conclusión: En esta primera fase de implementación hemos conocido el impacto de las acciones tomadas.

Palabras clave: calidad de vida – terapias complementarias- cáncer de mama-cáncer ginecológico.

ABSTRACT

The chronicity of the oncologic process and its treatments imply hard management symptoms that are prolonged in time. Patients demand solutions or look for them in other fields. It's a challenge for the oncologic nurse, who has to draw educational lines to lead the patients to a better quality of life. This project expects to bring the complementary therapies (CT) closer to the hospital setting, to look for the most adequate and to explore its efficacy.

Objectives: To establish a CT programme in patients with breast and/or gynecological cancer under antineoplastic treatment, biological therapies or under review

in the Joint Committee Clinical Management Unit (UGCI) of Medical Oncology in Málaga. To evaluate the adhesion to the programme. To decide the adaptation of the programme and to value the perception of the patients that quit the programme.

Material and methods: Descriptive longitudinal study to patients with breast and/or gynecological cancer at the UGCI onco-gynecological outpatient facility. It will be measured by the health questionnaire EQ-5D-5L, Oviedo Sleep Questionnaire and independent variables. The total length of the study is 24 months. This first stage, after six months for the re-

cruitment of patients and the start of the programme, aims to make an adversities screening and to determine its adequacy.

Results: Acupuncture 8 patients. Reiki 26 patients, with an increasing demand. Reflexology 7 patients. The interviews to the withdrawal cases allow us to study the phenomenon in its proper context.

Conclusion: During this first stage of implementation, we have known the impact of the actions taken.

Keywords: *quality of life - complementary therapies - breast cancer - gynecological cancer*

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como "la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con los objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones del individuo". En este constructo multidimensional, dinámico y de carácter subjetivo, una de las dimensiones que utiliza como indicador es la capacidad funcional que requiere mínimos de capacidad física, cognitiva y emotiva dentro de un entorno determinado, siendo precisamente uno de los elementos en los que se ven afectadas las personas con patología de cáncer (1,2). Así pues, el implementar intervenciones que busquen disminuir los efectos negativos, constituye un desafío para el equipo de salud y una oportunidad de reintegrar a estos pacientes con la mejor calidad de vida posible.

Aunque la oncología como medicina convencional ofrece un abordaje enfocado en la cura, supervivencia y mejora de la calidad de vida, sabemos que en los últimos años muchos pacientes con cáncer optan por un manejo holístico que los ayude no solamente en su lucha contra la enfermedad, sino también a aliviar la tensión emocional e incrementar su bienestar físico,

abriendo el horizonte a otros enfoques de medicina conocida como Medicina Alternativa o Terapias complementarias (TC en español) (3).

La Organización Mundial de la Salud presentó su documento "Estrategias 2002-2005" basándose en el uso extenso de las medicinas no convencionales. Justificaba la necesidad de vías de integración que garanticen la eficacia, seguridad y accesibilidad de las poblaciones a estos recursos. Algo más de una década después se van concretando diversas formas de integración (4).

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), El 30% de los pacientes en tratamiento oncológico utilizan algún tipo de TC como forma de paliar los síntomas producidos por la enfermedad o los tratamientos, por lo que han decidido ofrecer información veraz y contrastada científicamente en un nuevo apartado de su página web. (5)

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad pública en 2011 elabora un documento sobre terapias naturales, analizando 139, distinguiendo una parte con influencia directa sobre la salud y el resto dirigidas al bienestar. La clasificación consta de cinco áreas: 1. Sistemas

integrales o completos (homeopatía, medicina naturista, naturopatía, medicina tradicional china, acupuntura, ayurveda); 2. Prácticas biológicas (fitoterapia, terapia nutricional, tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas); 3. Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo (osteopatía, quiropraxia, quiromasaje, drenaje linfático, reflexología, shiatsu, sotai, aromaterapia); 4. Técnicas de la mente y el cuerpo (yoga, meditación, kinesiología, hipnoterapia, sofronización, musicoterapia, arteterapia y otras); 5. Técnicas sobre la base de la energía (Qi-Gong o Chi-kung, Reiki, terapia floral, terapia biomagnética o con campos magnéticos)(6).

Paralelamente, surge la necesidad de dar respuesta desde los diferentes sistemas a la demanda que genera la cronicidad en toda su dimensión, y se va consolidando con más fuerza, contar con equipos multidisciplinares que abarquen nuevos retos y enfoques. Así, los servicios de Rehabilitación del sistema sanitario público priorizan la "recuperación integral" de sus pacientes y fomentan la "imagen positiva" de las personas con discapacidad o con enfermedades crónicas. El IV Plan Andaluz de Salud implica a todas las consejerías para lograr que las personas vivan más años, con mayor calidad y au-

tonomía, y recoge medidas para que las personas conserven el máximo tiempo posible las aptitudes para las actividades básicas de su vida diaria. (7,8)

Una oncología centrada en el bienestar del paciente es la que se basa en la mejor evidencia científica, precisa de un trabajo amplio de sus profesionales, debe reunir múltiples disciplinas y todos los recursos existentes para poder ofertar una Atención integral del Paciente Oncológico (9).

Así pues, debemos adaptar de forma personalizada la atención a estos pacientes, considerar todos los aspectos de la enfermedad, y sumar todos los tratamientos tanto convencionales como complementarios que estén evidenciados o bien desarrollar líneas de investigación sobre ello.

La enfermería Oncológica debe ser referente en este nuevo escenario, donde cobra mayor importancia la calidad de vida y las exigencias de demanda. Un reto que

invita a trazar líneas conductoras de carácter educacional hacia terapias adecuadas y explorar su efectividad.

En este contexto presentamos en nuestra Unidad de Gestión Clínica Inter-centros de Oncología Médica de Málaga (UGCI), este proyecto introduciendo las TC al ámbito hospitalario en un intento que sume evidencia y aporte eficacia en la mejora de la calidad de vida del paciente.

OBJETIVO

Establecer un programa de terapias complementarias (TC) en la Unidad de Gestión Clínica Inter-centros (UGCI) de Oncología Médica de Málaga en Pacientes con Cáncer de mama y/o ginecológico documentado histológicamente, recibiendo tratamiento antineoplásico, terapias biológicas o en revisión.

Objetivos secundarios

- Evaluar la adherencia al programa de TC.
- Determinar la adecuación del programa de TC.
- Valorar la percepción de los pacientes que abandonan el programa.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio descriptivo observacional

Ámbito

Se desarrollará en el hospital de día de Onco-ginecología de la UGCI de Oncología Médica de Málaga.

Población

Pacientes con cáncer de mama y ginecológico en fase de tratamiento (antineoplásico, y terapias biológicas) y/o primera fase de revisión.

Duración del estudio

Esta primera fase tendrá una duración de 6 meses para la captación de pacientes, comienzo del programa de TC, con la finalidad de poder realizar un cribado de adversidades del programa y determinar su adecuación. El estudio en su totalidad se desarrollará en 24 meses

Criterios de inclusión

1/Pacientes con Cáncer de mama y/o gi-

necológico documentado histológicamente, en fase de tratamiento antineoplásico, terapias biológicas y/o en la primera fase de revisión posterior.

2/ Edad \geq 18

Criterios de Exclusión

1/Pacientes con Cáncer de mama y/o ginecológico documentado histológicamente, que no hayan recibido tratamiento antineoplásico y/o terapias biológicas.

2/ Enfermedades concomitantes graves, incompatibles con el estudio.

3/ Pacientes con metástasis cerebrales clínicamente inestables.

4/ Pacientes mayores de 80 años y/o con limitaciones físicas o sociales para acudir a las sesiones de terapias.

Limitaciones

- Sesgo de supervivencia, éxitos prematuro.
- Perdidas por abandono del estudio.

Descripción programa de terapias.

Dentro de las áreas clasificadas por el Ministerio hemos seleccionado:

La acupuntura: Terapia que engloba al conjunto de procesos que estimulan localizaciones específicas de la piel para conseguir el efecto terapéutico deseado. La OMS la recomienda para tratar el dolor físico tanto agudo como crónico. (5)

Hay experiencia clínica en diferentes patologías oncológicas y en clínicas especializadas del dolor y su uso se extiende a diferentes países (12-14). Los estudios nos ofrecen datos positivos e invitan a seguir investigando, destacamos alguno que se han publicado en el campo de la oncología que sugiere que esta técnica beneficia a los pacientes con cáncer que presentan síntomas como náuseas, vómitos y xerostomía, inducidos por la quimioterapia (15). Una revisión sistemática sobre el tema incluyen varios estudios de alta calidad, referimos uno que se llevó a cabo con 204 participantes donde se investigó el efecto de la acupuntura auricular, comparaba al grupo intervención con otro que

recibía una imitación de técnica como placebo. En el grupo de acupuntura real tuvieron puntuaciones de dolor más bajas en dos meses de seguimiento.(16)

Optamos por una terapia del sistema integral: ACUPUNTURA para paliar dolor crónico de difícil manejo y neuropatías.

La reflexología: Identifica y trata la energía de desequilibrios en el cuerpo a través del masaje de puntos o “terminales” en áreas específicas de los pies, manos y aurícula. En un ensayo con 243 mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama que habían recibido cirugía seis semanas antes de comenzar el estudio, se utilizó reflexología y en su evaluación dio la puntuación más alta en la escala del bienestar funcional, y fue mejor valorada respecto a los beneficios sobre la calidad de vida(17). Otra investigación con pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estado avanzado que recibían quimioterapia y / o terapia hormonal, mostro resultados de eficacia en lo físico, lo funcional y en la gravedad de los síntomas emocionales (18). Referimos estudios realizados con pacientes de otras

patologías por la similitud de los síntomas respecto a los efectos secundarios de algunas quimioterapias, como la de enfermedad inmune de Devic, donde han usado la reflexología para la mejora en patología que afecta al sistema nervioso central y periférico, parestesias, dolores musculares, inestabilidad corporal, adormecimiento de las extremidades inferiores y presencia de cristales plantares y otras. El estudio se realizó en tres etapas, disminuyeron los dolores musculares y parestesias, incremento cualitativo de la movilidad general del paciente desde el primer tratamiento, disminución de inflamación, dolor, enrojecimiento, y una mejoría significativa en la pesadez de los miembros inferiores (19). También encontramos publicaciones en neuropatía diabética, un efecto similar al provocado por algunos fármacos antineoplásicos (20,21). Al igual que existen referencias de su eficacia en la fibromialgia, indicando un alto impacto sobre la calidad de vida de los pacientes (22,23).

Incorporado esta terapia de manipulación y basada en el cuerpo: REFLEXOLOGÍA para paliar parestesias periféricas secun-

darias a los tratamientos.

El reiki: Terapia, caracterizada por la imposición de manos con el objetivo de restablecer el equilibrio físico, mental y espiritual. Se basa en la idea de que la energía fluye a través de nosotros y puede utilizarse para estimular el equilibrio (24,25). La bibliografía nos ofrece resultados en la disminución del dolor, alivio de síntomas físicos, relajación frente al estrés y la ansiedad, útil en tratar el insomnio y la fatiga, facilita la expresión de emociones y significativo en el aumento de la comodidad y el bienestar de los pacientes (26–28).Otros datos sugieren que esta TC no invasiva, puede beneficiar a personas sometidas a pruebas como la colonoscopia, la quimioterapia, pacientes con cáncer y personas con síndrome de burnout. (24)

Optamos por esta técnica basada en la energía: REIKI como apoyo al bienestar y comodidad.

Método de recogida de datos.

Las variables se recogerán en términos descriptivos por observación. Entrevista personal en caso de abandono.

PLAN DE TRABAJO.

1/ El proyecto se planifica conjuntamente por coordinador de cuidados de la (UGCI), y enfermera de consulta de prácticas avanzadas de Oncología Médica (EPA).

2/ Reunir a las representantes de las dos asociaciones que trabajan concertadas con la institución, Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y Asociación Malagueña de Mujeres Operadas de Cáncer de Mama (ASAMMA), presentándoles el proyecto. Trabajan en colaboración y representación de los terapeutas de Reiki.

3/ Los terapeutas de Reiki deben reunir las siguientes condiciones:

- a.- Voluntarios sin ánimo de lucro
- b.- Tener el título de voluntariado
- c.- Presentar el título de la terapia correspondiente.

4/ Reunir a las asociaciones y a voluntarios para definir calendario, horario, tiempo de atención por paciente, temporalización de citas.

5/ Las terapias de Acupuntura y Reflexología, necesitan acceder a historia clínica del paciente, por ser terapias integrales, completas y de prácticas de manipulación, deben reunir los siguientes requisitos:

- a.-Voluntarios sin ánimo de lucro
- b.- Poseer título académico de la terapia
- c.- Pertenencia a personal sanitario del hospital

6/ Reunir a este grupo de profesionales para presentar proyecto, definir calendario, horario, tiempo de atención por paciente, temporalización de citas.

7/ La EPA proporciona la información que

precisen estos profesionales. Todos están obligados a mantener las normas de confidencialidad, privacidad y seguridad del paciente.

8/ Se divulga esta prestación de servicios a través de: Carteles en salas de espera y salas de tratamiento.

9/ Se realizan trípticos informativos de cada terapia con la siguiente estructura:

- Explicación breve sobre en qué consiste la terapia
- Aplicaciones para las que esta evidenciada
- Relación entre las TC y la medicina convencional.

10/ La vía de entrada de los pacientes a las terapias es única, a cargo de la EPA

11/ Condiciones para incorporar pacientes además de las expuestas en criterios de inclusión son:

a.- Deben recibir información previa de todas las terapias a las que pueden optar. Firmar consentimiento informado por cada una de las que reciben antes de su comienzo.

b.- La EPA puede proponer que terapia es más conveniente para la dolencia que presenten. La decisión final es siempre del paciente.

c.- Las pacientes deben saber que completarán una serie de encuestas y el fin de las mismas, que repetirán mensualmente o bimensualmente dependiendo de su calendario de citas. Se realizan siempre antes de las sesiones.

d.- La paciente deja datos de localización.

Se les facilita un teléfono de contacto por si no pueden acudir.

e.- Una vez comenzadas las terapias el número de sesiones y citaciones están bajo la responsabilidad de los terapeutas, y son estos profesionales quienes se coordinarán con el paciente.

TERAPIA COMPLEMENTARIA	PROGRAMACIÓN	AGENDA
ACUPUNTURA	MIERCOLES (SEMANAL)	4 PACIENTES
REFLEXOLOGÍA	MIERCOLES (MENSUAL)	4 PACIENTES
REIKI	LUNES (SEMANAL)	6 PACIENTES

Tabla 1. Cronograma del programa de terapias complementarias

12/ Presentación del proyecto al Director de la UGCI de Oncología Médica, Dirección del Hospital, Comité de Ética, Unidad de Atención al Ciudadano, y resto de profesionales de la unidad.

13/ Se recogen:

- Observación de comportamientos y evolución de las estrategias
- Revisión o análisis documental
- Entrevista semi-estructurada a los abandonos

En la observación el propósito es recoger información de primera mano en el lugar natural donde ocurre la situación.

La entrevista semi-estructurada es interactiva y semejante a una conversación, las preguntas están definidas previamente en un guion de entrevista, pero la secuencia, así como su formulación pueden variar en función de cada sujeto entrevistado.

La revisión o análisis documental, es una rica fuente de datos. En nuestro estudio basados en cuestionario variables sociodemográficas, Cuestionario de salud EQ-5D-5L (10), cuestionario de Oviedo Calidad del sueño: (COS)

Aspectos éticos

Este estudio de investigación clínica se realizará siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente en nuestro país en materia de investigación clínica, especialmente la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Cuenta con la conformidad del Comité de Ética del Hospital Regional de Málaga. Los participantes del estudio serán informados de forma personal en el marco de la confidencialidad y decidirán libremente su asistencia a la actividad. La información será almacenada en soporte informático y los datos serán tratados

confidencialmente, de forma codificada. En todo momento el participante tendrá acceso a los datos registrados, siempre que expresamente lo solicite. Para todo lo no previsto en este documento, se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre), la ley de autonomía del paciente (41/2002) y cualquier otra que resultara aplicable. Consentimiento Informado.

Análisis de datos

Análisis descriptivo observacional de la aceptabilidad e incidencias en cada una de las terapias, codificación de entrevista en abandonos para identificar necesidades, Revisión o análisis de documentos para la pertinencia de las variables.

RESULTADOS

Se realiza primer corte a los 6 meses del inicio

Resultados de observación comportamientos y evolución de las estrategias

ACUPUNTURA.-Se atienden un total de 8 pacientes semanalmente durante los 6 meses. La edad media está en 54,62. Varones el 12,5% y 87,5% mujeres. Cáncer

de mama 75% cáncer ovario 25%. Todos con enfermedad diseminada. Presentan dolor el 100% y parestesias que afectan a la movilidad 50%. Estudios: secundarios (GM) 12,5%; básicos (NB) 75%

La terapia para estos pacientes es de larga duración debido a su situación clínica, con lo que ha generado lista de espera.

REIKI.-Se atienden un total de 26 pacientes. Edad media 35,9. Varones el 3,8% y mujeres 96,1%. Cáncer de mama 76,9% cáncer ovario 23 %. Presentan enfermedad diseminada 34,6%. Estudios: NB 15,3%; GM 7,6%; Grado superior (GS) 19,2%; universitario (U) 26,9%; no contestan (NC) 30,7%.

El Reiki ha tenido un gran incremento en demanda por lo que hemos aumentado el número de consultas en 3 semanales. Cada maestro de reiki es quien acuerda con la paciente el número y pautas de sesiones dependiendo de la situación clínica en que se encuentre.

REFLEXOLOGÍA, atienden un total de 7 pacientes. Edad media 54,8 Mujeres 100%. Cáncer de mama 100%. Enfermedad diseminada 100%. Parestesias 100%. Estudios: NB 57,1%; GM 42,8%

La reflexóloga solo puede asistir 1 día al mes, utiliza también auriculoterapia para prolongar el efecto. Todas las pacientes han asistido a 1 sola sesión.

Revisión de documentos o análisis documental

Las encuestas: Cuestionario de salud EQ-5D-5L (10), cuestionario de Oviedo Cali-

dad del sueño: (11), no han presentado ninguna dificultad.

El Cuestionario sociodemográfico si presenta dificultad en su cumplimentación. El 61,53% no ha contestado a los siguientes apartados (Diagnóstico y estadio de enfermedad. Línea de tratamiento y esquema de tratamiento- edad).

Al analizar las incidencias vemos que la peor respuesta indica relación con menor nivel educativo.

La entrevista semi-estructurada a los abandonos

Las entrevistas son presenciales y telefónicas

Reiki: 8 abandonos

3 por dificultades sociales: 2 por lejanía, siguen en TC de asociaciones de su loca-

lidad. 1 por dificultad de transporte, solicito ayuda a su ayuntamiento con óptimos resultados, han establecido reiki en las actividades para el pueblo. 3 cambiaron de TC, solicitándolo previamente a EPA y 1 por fallecimiento.

Acupuntura: Ningún abandono.

Hay lista de espera. Solo 1 paciente no acude a una cita por problemas de salud.

Reflexología: 7 abandonos

Todos coinciden en la percepción de mejoría hasta la caída de implantes de auriculoterapia, pero la temporalización entre sesiones ha resultado demasiado larga, las pacientes demandan sesiones más asiduas. 4 de ellas cambian a Acupuntura, 1 pasa a Reiki porque le da miedo la Acupuntura.

DISCUSIÓN

Acupuntura y Reiki han superado las pautas previstas y el número de pacientes.

Acupuntura.- La EPA ha incluido pacientes con dolor y parestesias en esta terapia tal y como indica la literatura (12-15) Las sesiones han seguido la pauta adecuada, para poder evaluar su efectividad, que suele mostrarse a partir de los dos meses (16).

Reiki.- La EPA orienta a pacientes en primera línea de tratamiento (65,4%) ofertando confort físico y emocional (24-26). La demanda y aceptabilidad de esta técnica, muestra la importancia que las pacientes dan a una óptima calidad de vida durante el proceso (3) (27-29).

Reflexología.- La EPA dirige pacientes con

parestesias, basándose en la evidencia existente (18-21). A pesar de que la reflexóloga ha utilizado terapia auricular de apoyo, no ha podido cumplir con la demanda para conseguir vislumbrar la eficacia de esta terapia (19). Como refería la OMS las vías de integrar e implementar las TC constituye un desafío (8).

CONCLUSIONES

En esta primera fase de implementación hemos conocido el impacto de las acciones tomadas. En el resultado de la documentación hay indicios de relación con el nivel cultural por lo que se reestructura el cuestionario sociodemográfico para facilitar su cumplimentación, y estar vigilantes en la búsqueda del significado si el hecho se repite. Las entrevistas a los abandonos nos han permitido estudiar los fenómenos

en su contexto, intentando encontrar la interpretación de los mismos, a partir de los significados que las personas les conceden.

En reflexología han quedado argumentados por el distanciamiento entre sesiones. Pendientes de fase 2 del proyecto para cuantificar el impacto sobre la calidad de vida. Obtener datos de los fenómenos adversos al sueño, y efectividad de las

terapias para ayudar a dormir. Conocer el grado de conocimiento que se tiene respecto al (diagnóstico, estadio, línea y esquema de tratamiento) para mejorar la comunicación y obtener información sobre el uso que hacen las pacientes de otro tipo de TC. Esto nos ayudaría a tomar nuevas direcciones y decisiones dependiendo de los resultados finales y marcar líneas de educación para la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. THROUGH, Q. O. L. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG (A Coruña)*, 6(1).
2. 2.-Gamboa, G., & Alonso, L. E. E. (2016). ¿Es posible medir la calidad de vida en el ámbito asistencial? Historia, límites y posibilidades. *Cuadernos de bioética*, 27(89), 13-28.
3. Daza Ortega, M. A., Plazas Arévalo, A. C., & Guayara Tique, S. M. (2014). Uso de terapias alternativas y complementarias por el paciente oncológico: apreciación de enfermería.
4. 4.-WorldHealthOrganization. (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.
5. 5.-Página web de la SEOM terapias concosaludable.es - Buscar con Google [Disponible en] (www.oncosaludable.es) <https://www.google.es/search?hl=es> HYPERLINK "<https://www.google.es/search?hl=es&q=pagina+web+de+la+seom+terapias+concosaludable.es.%20Accedido>"& HYPERLINK "<https://www.google.es/search?hl=es&q=pagina+web+de+la+seom+terapias+concosaludable.es.%20Accedido>"q=pagina+web+de+la+seom+terapias+concosaludable.es. Accedido 6/8/2016
6. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Nota resumen informe terapias manuales.2011[Disponible en]:<http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>
7. Sánchez-Martín, C. I. (2014). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica*, 24(1), 79-89.
8. El IV Plan Andaluz de Salud implica a todas las consejerías para ...www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciossocialesydependencia/es/
9. Sánchez-Martín, C. I. (2014). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica*, 24(1), 79-89.
10. Cabasés, J. M. (2015). El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 401-403.
11. García, J. B., G-Portilla, M. P. G., Martínez, P. A. S., Fernández, M. T. B., Alvarez, C. I., & Domínguez, J. M. F. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 107-112.
12. Paley, C. A., Johnson, M. I., Tashani, O. A., & Bagnall, A. M. (2015). Acupuncture for cancer pain in adults. *The Cochrane Library*.
13. Lang, D. S. (2012). Acupuncture for cancer pain in adults. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(1), 86-86.
14. Lu, W., & Rosenthal, D. S. (2013). Acupuncture for cancer pain and related symptoms. *Current pain and head aches reports*, 17(3), 1-8.
15. Fernández-Alameda, L. (2016). Acupuntura en cuidados paliativos: dolor, fatiga y náuseas y vómitos en pacientes oncológicos.
16. Paley, C. A., Tashani, O. A., Bagnall, A. M., & Johnson, M. I. (2011). A Cochrane systematic review of acupuncture for cancer pain in adults. *BMJ supportive & palliative care*, 1(1), 51-55.
17. Sharp, D. M., Walker, M. B., Chaturvedi, A., Upadhyay, S., Hamid, A., Walker, A. A., & Hope, T. (2010). A randomised, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. *European Journal of Cancer*, 46(2), 312-322.
18. Wyatt, G., Sikorskii, A., Rahbar, M. H., Victorson, D., & You, M. (2012, November). Health-related quality-of-life outcomes: a reflexology trial with patients with advanced-stage breast cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 39, No. 6, p. 568). NIH Public Access.
19. Tokar-Leventan, A. V., & Nisembaum-Alas, T. (2016). Efecto del tratamiento de reflexología en la rehabilitación de brotes en un paciente con enfermedad de Devic. *Medicina naturista*, 10(1), 36-40.
20. da Silva, N. C. M., Chaves, É. D. C. L., de Carvalho, E. C., Carvalho, L. C., & Lúnes, D. H. (2015). Reflexología podal no comprometimento dos pés de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: ensaio randomizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 603-610.
21. Dalal, K., Maran, V. B., Pandey, R. M., & Tripathi, M. (2014). Determination of efficacy of reflexology in managing patients with diabetic neuropathy: a randomized controlled clinical trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014.
22. Díaz Robredo, L. Á. (2015). La reflexoterapia podal como instrumento terapéutico frente a la fibromialgia: resultado de las variables psicológicas y fisiológicas tras un tratamiento típico.
23. Martí, T. M., Llordés, M. L., Jordà, M. C., Juan, G. L., & Pardo, S. M. (2016). Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa. *Reumatología Clínica*.
24. Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Polley, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Una sesión de Reiki en enfermeras diagnosticadas con síndrome de Burnout tiene efectos beneficiosos sobre la concentración de IgA salival y la presión arterial.
25. Freitag, V. L., Andrade, A. D., & Badke, M. R. (2015). El Reiki como forma terapéutica en el cuidado de la salud: una revisión narrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 14(38), 335-345.
26. So, P. S., Jiang, J. Y., & Qin, Y. (2008). Touch therapies for pain relief in adults. *The Cochrane Library*
27. Santana, L. C., Puerta, P. P., de Blas Gómez, I., Montoro, A. A., Marco, P. L., & Espinos, I. D. (2013). Eficacia de la terapia reiki en la mejora del dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria en mujeres con fibromialgia. *Nure Investigación*, 10(62).
28. Catlin, A., & Taylor-Ford, R. L. (2011, May). Investigation of standard care versus sham Reiki placebo versus actual Reiki therapy to enhance comfort and well-being in a chemotherapy infusion center. In *Oncology nursing forum* (Vol. 38, No. 3).
29. Brito, O. M., Forteza, O. C., Llerena, I. L., Soto, Y. M., Capote, N., Jaruco, M., & del Norte, M. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama Self-esteem and coping styles in women with breast cancer. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA*, 20(3).



PÍLDORAS COLECCIONABLES

TOS

Rosario Moreno

DESCRIPCIÓN

La tos aparece como respuesta, refleja o voluntaria ante una irritación mecánica o química de las zonas tusígenas y constituye un mecanismo esencial en la defensa del aparato respiratorio.

Sin embargo, en el paciente con cáncer de pulmón (CP) avanzado en muchas ocasiones la tos deja de ser protectora y se convierte en una fuente importante de malestar. La tos crónica y persistente es un síntoma agotador y puede empeorar algunos otros, como el dolor y producir vómitos o insomnio.

Las tos es el síntoma más frecuente en el CP y se presenta en un 70-80% en el momento del diagnóstico, aunque puede aparecer e intensificarse en la fase avanzada de la enfermedad. Aunque la tos suele ser seca, puede ser productiva en más de un 25% de enfermos. En pacientes con tos persistente o en reagudizaciones de bronquitis crónica que no responden al tratamiento hay que sospechar la existencia de un CP.

ETIOLOGÍA

En su aparición suelen intervenir diversos factores. Las causas que la provocan con mayor frecuencia en pacientes con cáncer son:

- Tumor traqueal o bronquial
- Derrame pleural o pericárdico
- Neumonitis obstructiva
- Infecciones
- Bronconeumopatía crónica obstructiva (BNCO)
- Irritación diafragmática
- Fístula traqueoesofágica
- Linfangitis carcinomatosa
- Insuficiencia cardíaca
- Tratamientos (quimioterapia, radioterapia, IECA,etc)
- Asma
- Irritantes: humo, lejía y amoníaco
- Hernia de hiato
- Patología ORL (rinorrea posterior, sinusitis,etc)

TRATAMIENTO

El tratamiento de la tos es puramente sintomático y aunque a veces no es posible su erradicación, especialmente en la fase avanzada de los enfermos, siempre puede conseguirse un alivio relativo. El tratamiento farmacológico incluye: supresores de la tos, broncodilatadores, opioides, corticoesteroides y lidocaína.

Además de las medidas farmacológicas, deben ser tenidas en cuenta otra serie de medidas, como evitar causas externas que la provoquen (olores), humidificar el ambiente, aspiración bronquial, drenaje de líquidos pleural y medidas posturales.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Educar al paciente y familia sobre como administrar la medicación y el manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos.
- Medidas no farmacológicas: posición, hidratación, ambiente, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vicente V, Camps C, Carulla J, Casas AM, González M . Guía de práctica clínica en cuidados continuos. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2006
2. Barón MG, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cancer. 2º edición. Madrid. Editorial Panamericana. 2007
3. Molassiotis A, Smith JA , Mazzone P, Blackhall F, Irwin RS; Chest Expert Cough Panel. Symptomatic Treatment of Cough Among Adult Patients With Lung Cancer: CHEST Guidelines and Expert Panel Report. Chest. Jan 17



ARTÍCULO

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE PIEL EN MUJERES EXPUESTAS A RADIACIÓN ULTRAVIOLETA

Patricia Barranco Obís¹, Alicia Amor Loscertales², María Montserrat Barranco Obís³
Raquel Delgado Rubio⁴, Ana Pilar Sánchez López⁵

¹ Diplomada en Enfermería. Centro de salud Parque Goya (Zaragoza).

² Graduada en Enfermería. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).

³ Diplomada en Enfermería. Centro de salud Monzón Urbano (Huesca).

⁴ Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).

⁵ Diplomada en Enfermería. Centro de especialidades Ramón y Cajal (Zaragoza).

Contacto: Patricia Barranco Obís / patroly@hotmail.com

RESUMEN:

Objetivo: Conocer los hábitos, precauciones y control de las mujeres que se exponen a los rayos ultravioleta, así como la posibilidad de desarrollar cáncer de piel.

Método: Revisión narrativa. Bases de datos consultadas: Pubmed, Cuiden y Scielo. Se incluyeron los artículos publicados en español e inglés que planteaban testar la posible relación entre la

exposición a radiación ultravioleta y la prevención, control y desarrollo de cáncer de piel en mujeres.

Resultados: Se identificaron 72 artículos con objetivos e hipótesis que planteaban testar la relación entre los rayos ultravioleta y el cáncer de piel en mujeres, de los cuales se incluyeron 11.

Conclusiones: La población estudiada es consciente de los riesgos de exposición excesiva al sol y de prevención del cáncer de piel, pero aún no ha incorporado medidas adecuadas de protección solar en sus hábitos diarios.

Palabras clave: *Rayos ultravioleta, cáncer de piel, prevención, control y mujeres.*

ABSTRACT

Objective: Know the habits, precautions and control of women who are exposed to ultraviolet rays, as well as the possibility of developing skin cancer.

Method: Narrative review. Database consulted: Pubmed, Cuiden y Scielo. Articles published in Spanish and English that included testing the relationship between exposure to ultraviolet radiation

and the prevention, control and development of skin cancer in women were included.

Results: We identified 72 articles with objectives and hypotheses that proposed to test the relationship between ultraviolet rays and skin cancer in women, of which they were included 11.

Conclusions: The population studied is aware of the risks of excessive exposure to the sun and prevention of skin cancer, but has not yet incorporated adequate sun protection measures into their daily habits.

Keywords: *Ultraviolet rays, Skin Neoplasms, prevention, control and female.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el cáncer de piel se está convirtiendo en uno de los más frecuentes en las sociedades desarrolladas. Los dos tipos más comunes son el cáncer de células basales y el cáncer de células escamosas. Por lo general, se forman en la cabeza, la cara, el cuello, las manos y los brazos. Otro tipo de cáncer de piel, el melanoma, es más peligroso, pero menos común (1). El melanoma maligno representa un porcentaje muy pequeño que, sin embargo, dada su agresividad es el responsable de la mayoría de los fallecimientos ocasionados por cáncer de piel (2).

Son varios los factores que han influido en el aumento de la incidencia del cáncer de piel. Se estima que más del 80% de los cánceres en las poblaciones occidentales se puede atribuir a causas ambientales, definidas como las diversas prácticas dietéticas, sociales y culturales (3). Hoy por hoy no están identificadas todas las posibles causas y, de momento, se co-

nocen determinantes del riesgo sólo para la mitad de los cánceres. La disminución en la densidad de la capa de ozono registrada principalmente en la década de los 90, los cambios culturales que motivan a la población a exponerse más al sol para adquirir una piel bronceada, los cambios en el vestuario, el aumento de actividades al aire libre y una longevidad mayor han sido centrales en este tema (4). Datos epidemiológicos y moleculares sugieren la existencia de una estrecha asociación entre el desarrollo de tumores de piel no-melanoma y una excesiva exposición a la radiación ultravioleta de la luz solar (5,6). Sin embargo, esta asociación tan directa no está totalmente clara con respecto al origen del melanoma, en el cual, múltiples factores parecen intervenir: predisposición genética, exposición a la luz ultravioleta (sol, fuentes artificiales) y exposición ambiental a mutágenos (sustancias químicas, virus, radiaciones), entre otros (7).

Las intervenciones comunitarias que buscan la prevención primaria de las neoplasias cutáneas por medio de la reducción de la exposición solar han demostrado una utilidad parcial. La Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Programa Medioambiental de las Naciones Unidas, la Organización Meteorológica Mundial, la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer y la Comisión Internacional de Protección contra la Radiaciones No-ionizantes, promueve las actividades de prevención contra la radiación UV excesiva por medio del Programa INTERSUN (8), que busca proporcionar información sobre el impacto en la salud y el medioambiente de las radiaciones UV, animar a los países a tomar medidas para reducir los riesgos para la salud inducidos por las radiaciones UV y proporcionar orientaciones a las autoridades nacionales y otras organizaciones sobre programas efectivos de prevención solar.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión narrativa. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Cuiden y Scielo. La búsqueda se realizó en enero de 2017.

Las palabras clave consultadas para la búsqueda de datos en las bases mencionadas fueron "prevention and control" AND "UltravioletRays" AND "SkinNeoplasms". Para la selección de estos términos se usó el tesoro de MEDLINE (Mesh).

Se incluyeron todos los artículos publicados en español e inglés que planteaban

testar la posible relación entre la exposición a radiación ultravioleta y la prevención, control y desarrollo de cáncer de piel en mujeres. Se limitó la búsqueda temporalmente a todos aquellos artículos publicados en los últimos 10 años, es decir, los artículos publicados desde 2007 hasta enero de 2017. Se excluyeron de la selección inicial aquellos artículos que no estuviesen publicados en inglés ni español.

En los artículos finalmente incluidos para la revisión literaria se recogió información

sobre distintos elementos: nombre de la revista, año de publicación, país donde se ha realizado el estudio, tamaño de la muestra estudiada, diseño de los estudios, calidad del estudio (justificación adecuada de la selección de los sujetos, empleo de técnicas estadísticas para la identificación de factores de confusión y/o interacción, disponibilidad de datos tabulados o riesgos relativos u odds ratio, cálculo de intervalos de confianza) y principales conclusiones.

Tabla 1. Prevención y control del cáncer de piel en mujeres expuestas a radiación ultravioleta

AUTORES	AÑO	SUJETOS (N) Y ORIGEN	DISEÑO DEL ESTUDIO	MÉTODOS	CONCLUSIONES
Al-Naggar R.A.	2011	33 estudiantes Malasia	Estudio cualitativo	Discusiones de grupos focales.	Existe una falta de conocimiento sobre los métodos de prevención y cribado de cáncer de piel. Necesidad establecer una unidad de educación sanitaria en las universidades.

AUTORES	AÑO	SUJETOS (N) Y ORIGEN	DISEÑO DEL ESTUDIO	MÉTODOS	CONCLUSIONES
Skonieczna J.	Marzo a Junio de 2015	312 personas (181 niñas y 131 niños) Polonia	Casos y Controles	Cuestionario diseñado por los autores con 11 apartados	Las niñas, con más frecuencia ($p=0,0121$), están totalmente de acuerdo con la afirmación de que una cantidad excesiva de radiación solar afecta a la salud. Existe una relación estadísticamente significativa entre la exposición solar declarada para obtener un bronceado y el género del encuestado ($p=0,0002$). Una parte significativa declara haber experimentado quemaduras solares en el pasado (71,52%).
Blashill, A. J.	1996-2009	1535 adolescentes (873 hombres y 662 mujeres) EEUU	Estudio longitudinal	Entrevistas sobre comportamientos de riesgo relacionados con el cáncer de piel y la imagen corporal.	Las mujeres con peor percepción de su imagen corporal desarrollaban también peores conductas de protección solar, llevando esto a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel en este grupo ($p<0,001$).
Basch CH	2001-2011	Muestra representativa a nivel nacional de estudiantes de la escuela EEUU	Casos control	Cuestionario de preguntas con múltiples respuestas	El porcentaje total de los encuestados que usaron protector solar se redujo de 67,7% en 2001 a 56,1% en 2011. La prevalencia más baja durante el período de estudio fue en 2005 (55,3%). Se observó un patrón similar entre hombres y mujeres de raza blanca. En general, un mayor porcentaje de mujeres que en hombres informó consistentemente del uso de protector solar. Del mismo modo, los encuestados de raza blanca informaron un mayor uso de protector solar que los de raza negra, hispanos y otros. Las tasas de uso de protección solar fueron similares en los diferentes grados.
Andsoy II	Marzo a Mayo de 2013	284 enfermeras y 26 enfermeros Turquía	Trasversal	Cuestionario formado por tres partes, la primera parte incluyó 18 preguntas para revelar las características de las enfermeras. La segunda parte incluía 14 preguntas para conocer el grado de conocimiento de factores de riesgo sobre el cáncer de piel y la parte final consistió en 33 preguntas para determinar la protección contra los efectos nocivos del sol.	Las enfermeras no tienen suficiente conocimiento sobre el cáncer de piel y no se protegen adecuadamente de la luz ultravioleta, el principal factor de riesgo para el cáncer de piel. Mientras que demostraron que evitan las quemaduras solares con una protección solar adecuada. No tienen plena conciencia del daño que puede causar el sol a largo plazo.
Yan S.	Octubre de 2009 a Enero de 2010	5.964 participantes (3.170 mujeres y 2.794 hombres) China	Estudio transversal	Cuestionario diseñado por los autores con 5 apartados	Las mujeres eran más propensas a realizar conductas de protección solar que en los hombres ($p<0,001$).
Andersen P.A.	2001-2003	3937 esquiadores 32 estaciones de esquí del oeste de América del Norte	Estudio observacional	Entrevistas personales sobre la protección solar empleado y observación directa	Las mujeres eran menos constantes en la utilización de cremas solares, sólo se las aplicaban en las horas centrales del día ($p=0,01$), así como la utilización de bálsamo labial protector o sombreros de ala. Si fueron más perseverantes en su uso a lo largo de toda la temporada de esquí ($p=0,00$).

AUTORES	AÑO	SUJETOS (N) Y ORIGEN	DISEÑO DEL ESTUDIO	MÉTODOS	CONCLUSIONES
Falk, M.	2005-2008	308 individuos Sur de Suecia	Estudio aleatorizado controlado	Cuestionario de hábitos de exposición al sol, actitudes y disposición a cambiarlos y aumentar la protección solar.	Los consejos de protección solar mediada personalmente por el médico de cabecera durante una consulta médico-paciente, puede conducir a la mejora de la protección del sol. La eficacia de consejos por escrito es dudosa.
Fabris MR	Enero a Juliod e 2009,	317 personas (62% mujeres y 38% hombres) Brasil	Transversal, descriptivo y cuantitativo.	Se utilizó un cuestionario autoadministrado. El análisis estadístico se realizó de forma descriptiva con respecto a las frecuencias absolutas y relativas de las variables estudiadas.	El 94,3% de los participantes informaron que habían oído hablar de los riesgos de exposición al sol, principalmente en términos de riesgo de cáncer de piel (80,8%). La mayoría de los participantes, especialmente mujeres, usaban alguna forma de medida de protección solar. La población estudiada, al igual que en otras regiones de Brasil y el mundo, es consciente de los riesgos de exposición excesiva al sol y de prevención del cáncer de piel, pero aún no ha incorporado medidas adecuadas de protección solar en sus hábitos diarios.
Galán I.	2007	2007 participantes Madrid (España)	Estudio transversal	Encuesta telefónica	El conocimiento de los factores de riesgo fue mayor entre los graduados universitarios y mujeres ($p < 0,001$). El uso de lámparas UV es mayor en mujeres ($p < 0,001$). La prevalencia de quemaduras solares fue menor entre éstas y disminuyó con mayor edad.
Richards, T.B.	2004-2006	Población de 42 estados de EEUU	Estudio de asociación	Programa nacional de registros del cáncer (NPCR)	La tasa de incidencia de melanoma en fase temprana en mujeres mayores de 65 fue significativamente mayor en aquellos estados clasificados en el tercio más alto de exposición a la radiación UV ($p < 0,05$). No existe asociación entre la incidencia de melanoma en fase tardía en mujeres mayores de 15 años y la exposición a la radiación UV del condado.

RESULTADOS

Se identificaron 72 estudios con objetivos o hipótesis que planteaban testar la posible relación entre la prevención y control de la exposición a los rayos ultravioleta y el desarrollo del cáncer de piel en mujeres. Tras su revisión, se excluyeron 61. Se incluyeron para la revisión narrativa 11 estudios, el más antiguo de 1996 y el más reciente de 2015.

De los 11 artículos, 1 de ellos se llevó a cabo en Malasia (9), 1 en Polonia (10), 4 en Estados Unidos (11, 12, 15, 19), 1 en Turquía (13), 1 en China (14), 1 en Suecia (16), 1 en Brasil (17), 1 en España (18).

Con respecto a los aspectos contempla-

dos para analizar la calidad de los estudios, todos ellos justifican adecuadamente la selección de los sujetos, la mayoría ofrecen una definición explícita del cáncer de piel, y exponen con criterios explícitos el tipo de pacientes a los que se les aplica. Además, todos los estudios ofrecen resultados derivados del cálculo de medidas de asociación.

En una universidad de Malasia (9) se preguntó a 33 estudiantes de medicina (84% mujeres) acerca de sus percepciones y opiniones con respecto a la prevención del cáncer de piel. Se demostró que existe una falta de conocimiento sobre los métodos de prevención y cribado de cáncer de piel, demostrándose la necesi-

dad establecer una unidad de educación sanitaria en las universidades. En un artículo escrito por Skonieczna (10) se explicó que las niñas encuestadas estaban totalmente de acuerdo con la afirmación de que una cantidad excesiva de radiación solar afecta a la salud. A pesar de ello el 77,35% de ellas admitieron que se exponían al sol para obtener un bronceado. Además, en el estudio realizado en EEUU (11) a 1.535 adolescentes, de los cuales, 662 eran mujeres, se detectó que las mujeres con peor percepción de su imagen corporal desarrollaban también peores conductas de protección solar, llevando esto a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel en este grupo ($p < 0,001$).

Por otra parte, Basch en su artículo (12) habla sobre la protección de la piel en adolescentes donde examinaron el uso de protección solar y aparatos de bronceado, durante 10 años, el uso de protector solar se redujo de 67,7% en 2001 a 56,1% en 2011. La prevalencia del uso de dispositivos de bronceado artificial fue mayor entre las mujeres blancas; un 37,4% en 2009 y 29,3% en 2011. Observándose un patrón similar entre hombres y mujeres en el uso de protección solar pero el uso de aparatos de autobronceadores fue mayor en mujeres blancas. En Turquía (13), tras un estudio poblacional mediante una encuesta telefónica observaron que el 13,4% de la población, informó tener sesiones de bronceado por lo menos una vez en su vida. Un 3,5% de la población total informó el uso de radiación UV artificial en los últimos doce meses, siendo más común en mujeres (5%) y población joven entre 20-25 años (9,6%); y un 3,5% de menores de 18 años declaró haber asistido al menos una vez en su vida. Más de un tercio de los usuarios informaron más de 10 exposiciones dentro de un año. Sólo el 49,2% de los encuestados consideró que estaban bien informados sobre los riesgos de padecer cáncer asociado con las cabinas de UV. Además, se encontró que la población tenía conceptos erróneos, un cuarto de la población cree que el uso de radiación UV artificial antes de las vacaciones protege la piel de las quemaduras.

Por otro lado, el artículo escrito por Yan (14) dice que el conocimiento sobre los riesgos inducidos por UV era conocido

por más de la mitad de los participantes. Sin embargo, sólo un tercio de los participantes pensó que necesitaban protección solar en invierno y en interiores o en vehículos. Las actitudes hacia la exposición al sol variaron ampliamente, mostrando diferencias significativas en función del sexo, la edad, los grupos socioeconómicos y grupos de tipos de piel ($p<0,05$). El 55% de los participantes nunca usa un paraguas para protegerse del sol, sólo el 26,5% llevan sombrero, y el 21,3% usan protector solar. Las mujeres y los individuos de una edad más temprana y nivel de educación superior eran más propensos a realizar conductas de protección solar que en los hombres y los de mayor edad y menor nivel educativo ($p<0,001$). Sorprendentes datos se obtuvieron en otro estudio realizado en 32 estaciones de esquí (15), donde se demostró que las mujeres eran menos constantes en la utilización de cremas solares, tan sólo se la aplicaban en las horas centrales del día ($p=0,01$), así como la utilización de bálsamo labial protector o sombreros de ala. Aunque sí fueron más perseverantes en su uso a lo largo de toda la temporada de esquí ($p=0,00$). La radiación UV en las estaciones de esquí era peligrosamente alta en muchos días a finales de invierno y primavera temprana.

En un centro de atención primaria de Suecia (16) se realizó un seguimiento de 3 años para conocer el cambio en los hábitos de protección solar tras varios tipos de intervención preventiva. Los resultados indican que los consejos de protección solar mediada personalmente

por el médico de cabecera durante una consulta médico-paciente, puede conducir a la mejora de la protección del sol. La eficacia de consejos por escrito es dudosa. Otro estudio que habla sobre una ciudad de playa en Brasil (17), analizó 317 cuestionarios, el 62% eran de mujeres y 38% de hombres. Los fototipos de piel II y III predominaron, con una edad media de 27,6 años. El 94,3% de los participantes habían oído hablar de los riesgos de exposición al sol, principalmente en términos de riesgo de cáncer de piel (80,8%). La mayoría de los participantes, especialmente las mujeres, informaron de algún tipo de medida de protección solar. Un estudio transversal a través de encuesta telefónica (18) cuyo objetivo fue estimar la prevalencia y las correlaciones de los comportamientos relacionados con el cáncer de piel concluyó que, el conocimiento de los factores de riesgo fue mayor entre los graduados universitarios y mujeres ($p<0,001$), así como que el uso de lámparas UV es mayor en mujeres ($p<0,001$). Además la prevalencia de quemaduras solares fue menor entre éstas y disminuyó con mayor edad.

Para finalizar, en otro estudio realizado en 42 estados de EEUU (19) se concluyó que la tasa de incidencia de melanoma en fase temprana en mujeres mayores de 65 fue significativamente mayor en aquellos estados clasificados en el tercio más alto de exposición a la radiación UV ($p<0,05$). Al contrario, no existe asociación entre la incidencia de melanoma en fase tardía en mujeres mayores de 15 años y la exposición a la radiación UV del condado.

DISCUSIÓN

La radiación UV es un factor de riesgo para el melanoma y otros cánceres de piel y es responsable de un 50-90% de estos cánceres (20). A nivel mundial, más de 60.000 muertes prematuras se atribuyeron a la exposición a la radiación UV en el año 2.000 (21).

La protección a través del uso de fotoprotectores es una práctica infrecuente entre la población. La mayoría de los usuarios los aplican de forma eventual durante los fines de semana o en vacaciones y, de éstos,

sólo uno de cada diez los emplea de forma cotidiana. En ambos casos, siete de diez usuarios son mujeres, quienes los utilizan en gran medida a través de productos para el cuidado de la piel o de cosméticos, lo cual denota un factor cultural que influye de forma notable en su uso (22).

Es sumamente importante hablar con los jóvenes para sensibilizarlos sobre los riesgos derivados de la exposición excesiva a la radiación ultravioleta, incluido

el uso de salones de bronceado. Según la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud y el IARC (Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer), las cabinas de bronceado son igualmente peligrosas para la salud humana como el amianto y el tabaco. Las personas menores de 35 años que utilizan salones de bronceado tienen una probabilidad 75% mayor de desarrollar melanoma maligno, que es el cáncer de piel más maligno (23).

CONCLUSIONES

La población estudiada es consciente de los riesgos de exposición excesiva al sol y de prevención del cáncer de piel, pero aún no ha incorporado medidas adecuadas de protección solar en sus hábitos diarios. Afortunadamente, se toman algunas precauciones, pero el uso de protección solar se asocia con cielo despejado y temperatura alta; por tanto hay que enseñar a la gente a tomar precauciones y juzgar cuándo la radiación UV es alta. Además, a los adolescentes les cuesta

más asumir conductas de protección de la piel. Hay una necesidad de establecer unidad de educación para la salud en toda la población así como educar a los más jóvenes en relación con diversos problemas de salud, incluyendo la prevención del cáncer de piel.

Las campañas de prevención del cáncer de piel deben fomentar la protección solar para los niños también en actividades al aire libre de la vida diaria, no sólo durante unas vacaciones de verano

en la playa. Son necesarias campañas de sensibilización sobre los riesgos de exposición a la radiación UV ya que su prevención podría ayudar a reducir el riesgo de desarrollar cáncer de piel.

En los últimos años se ha producido un incremento notable de la incidencia de cáncer de piel. Existiendo una relación directa entre ese aumento y la exposición reiterada al componente ultravioleta de la luz solar.

BIBLIOGRAFÍA

- Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. *J Am Acad Dermatol* 1994;30(5):774-778.
- Houghton AN, Polsky D. Focus on melanoma. *Cancer Cell* 2002; 2:275-278.
- Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, Burn J, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol* 2003 Jul;14(7):973-1005.
- Diepgen T, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol* 2002;146(s61):1-6.
- Ananthaswamy HN, Pierceall WE. Molecular mechanisms of ultraviolet radiation carcinogenesis. *Photochem Photobiol* 1990;52(6):1119-1136.
- De Grujil F. Skin cancer and solar UV radiation. *Eur J Cancer* 1999;35(14):2003-2009.
- Zerp SF, van Elsland A, Peltenburg LT, Schrier PI. P53 Mutations in Human Cutaneous Melanoma Correlate with Sun Exposure but are Not always Involved in Melanomagenesis. *Br J Cancer* 1999 Feb;79(5-6):921-926.
- World Health Organization. INTERSUN Programme [citado 27 ene 2017] Disponible en: <http://www.who.int/uv/intersunprogramme>.
- Al-Naggar R.A., Al-Naggar T.H., Bobryshev Y.V. (2011). Perceptions and Opinions towards Skin Cancer Prevention in Malaysia: A Qualitative Approach *Asian Pacific J Cancer Prev*, 12, 1-5.
- Skonieczna J, Olejniczak D, Zakrzewska K, Duda-Zalewska A, Bodych A, Kitowska W, et al. Assessment of knowledge about the effects of uv radiation on health and health behaviors associated with sunbathing in gymnasium students. *Przegląd Epidemiologiczny* 2016;70:65-70.
- Blashill, A. J., Williams, A., Grogan, S., & Clark-Carter, D. (2015). Negative appearance evaluation is associated with skin cancer risk behaviors among American men and women. *Health Psychology*, 2015; 34(1), 93.
- Basch CH, Basch CE, Rajan S, Ruggles KV. Use of sunscreen and indoor tanning devices among a nationally representative sample of high school students, 2001-2011. *Prev Chronic Dis*. 2014;11:E144. doi: 10.5888/pcd11.14019
- Andsoy II, Gül A, Sahin AO, Karabacak H (2013). What Turkish nurses know and do about skin cancer and sun protective behavior. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14, 7663-8.
- Yan S, Xu F, Yang C, Li F, Fan J, Wang L, et al. Demographic differences in sun protection beliefs and behavior: A community-based study in Shanghai, China. *International journal of environmental research and public health* 2015;12(3):3232-3245.
- P. A. Andersen, D. B. Buller, B. J. Walkosz, M. D. Scott, J. A. Maloy, G. R. Cutter and M. D. Dignan, Environmental cues to UV radiation and personal sun protection in outdoor winter recreation, *Arch. Dermatol.*, 2010, 146, 1241-1247.
- Falk, M., Magnusson, H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: an effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2011;29:135-143.
- Fabris M, Durães E, Martignago B, Blanco LF, Fabris T. Assessment of knowledge of skin cancer prevention and its relation with sun exposure and photo protection amongst gym academy members on the south of Santa Catarina, Brazil. *An Bras Dermatol*. 2012;87(1):36-43.
- Galán I, Rodríguez-Laso A, Díez-Gañán L, Cámara E. Prevalence and correlates of skin cancer risk behaviors in Madrid (Spain). *Gac Sanit* 2011;25:44-9.
- Richards, T.B., Johnson, C.J., Tatalovich, Z., Cockburn, M., Eide, M.J., Henry, K.A. et al, Association between cutaneous melanoma incidence rates among white US residents and country-level estimates of solar ultraviolet exposure. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65:S50-S57.
- Saraiya M, Glanz K, Briss PA, et al. Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation. A systematic review, *Am J Prev Med*, 2004;27(5), 422-466.
- Lucas RM, McMichael AJ, Armstrong BK, et al. Estimating the global burden of disease due to ultraviolet radiation exposure, *Int J Epidemiol*, 2008,37(3), 654-667.
- Castanedo-Cazares JP, Torres-Alvarez B, Briones-Esteviz S, Moncada B. La inconsistencia del factor de protección solar (FPS) en México. El caso de los filtros para piel oleosa. *Gac Med Mex* 2005;141:111-114
- World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Exposure to Artificial UV Radiation and Skin Cancer. Fact Sheet Number 287 [citado 27 ene 2017] Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/wrk/wrk1/Artificial-UVRad&SkinCancer.pdf>



NUESTRAS COMPAÑERAS DE...

Unidad de Oncología Médica del Hospital Ramon y Cajal

Rosabel Escamilla y Manuel Olivares



La Unidad de Oncología Médica del Hospital Ramón y Cajal en Madrid se encuentra ubicada en la décima planta del ala derecha del hospital. Comprende dos controles de Enfermería unificados en un único control que se encuentra ubicado en el centro físico de la Unidad con acceso a todas las zonas.

La Unidad cuenta con 28 camas distribuidas en 8 habitaciones individuales con baño, 6 habitaciones individuales con cama de acompañante y baño y 7 habitaciones dobles con baño. También cuenta con aseos y ducha para familiares dentro de la Unidad.

Existe una sala multifuncional para pacientes y familiares con una pequeña biblioteca, frigorífico y microondas donde pueden charlar, comer o recibir visitas.

En ambos extremos de la Unidad se encuentran dos salas de información para ofrecer mayor intimidad.

Contamos con dos almacenes de lencería y material sanitario que repone el Servicio de suministros y lencería periódicamente.

Nuestra Unidad acoge pacientes muy diversos, desde pacientes recién diagnosticados que acuden para estudio, pacientes cuyo tratamiento requiere ingreso bien por su complejidad o por su duración, pacientes que requieren de nuestros cuidados por un mal control de síntomas o bien pacientes que debido a la evolución desfavorable de su enfermedad o la claudicación de las familias requieren de nuestros cuidados hasta el final.

El equipo, por tanto, necesariamente ha de ser multidisciplinar y precisa de una comunicación fluída y constante, adaptándonos a los cambios en la evolución de nuestros pacientes y a las necesidades que puedan surgir.

El equipo de Enfermería lo componen 15 enfermeras y 15 TCAES

repartidas en tres turnos con planilla antiestrés. Además contamos con un celador con presencia física en el turno de mañana.

El equipo médico que está en la Unidad se distribuye en tres equipos compuestos por adjunto y residente que pasan visita cada mañana con Enfermería.

Contamos además con la ayuda de un psicólogo que acude tres veces por semana a la Unidad para tratar a pacientes y familiares que lo soliciten.

Nos relacionamos estrechamente con el Sº de Endocrinología y Nutrición así como con el equipo de Cuidados Paliativos que visitan diariamente a los pacientes.

En nuestra Unidad el equipo de enfermería está formado específicamente además, para la inserción de catéteres centrales de inserción periférica (PICC), contando con un ecógrafo. Dentro de nuestras prioridades está el cuidado y conservación del capital venoso.

El esfuerzo de todo este equipo persigue la excelencia en el cuidado de nuestros pacientes y sus familias que son, a nuestro parecer, el núcleo y el motivo principal de nuestra profesión.

Cristina Rodríguez Velasco.

Supervisora de Oncología Médica y de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

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



REVISIÓN DE MANEJO Y PREVENCIÓN DE LAS EXTRAVASACIONES

Ángeles Peñuelas Saiz / Isabel Magallón Pedrera / Raquel Álvarez García / Noemí Martín Palma / Carme Grau Massanes

Hospital Universitario Vall d'Hebron

DEFINICIÓN

La extravasación se define como la salida no intencionada de líquido intravenoso hacia los espacios perivascular y subcutáneo. Es una de las complicaciones más importantes que se pueden presentar durante la administración de citostáticos y, aunque es poco frecuente, sus consecuencias pueden llegar a ser muy graves.

Las lesiones pueden ir desde inflamación sin importancia hasta descamación de la piel y necrosis con pérdida funcional y de integridad física.

IMPORTANTE

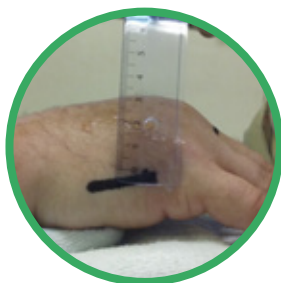
Saber distinguir e identificar los fármacos más agresivos

Toda extravasación de fármacos irritantes y vesicantes por VIA CENTRAL debe ser tratada como una URGENCIA MÉDICA.

Debemos sospechar que se ha producido una extravasación:

- Cuando en la zona de punción aparezca dolor, prurito, quemazón, enrojecimiento o palidez cutánea, hinchazón y piel fría o caliente.
- Es posible que no aparezcan síntomas o que éstos sean leves. En ocasiones puede observarse descenso de la velocidad del flujo de infusión o ausencia de retorno venoso.

Figura 1. Imágenes de extravasaciones.



PACLITAXEL



ADRIAMICINA



VINORELBINA



OXALIPLATINO

PREVENCIÓN DE LA EXTRAVASACIÓN

La administración de citostáticos siempre debe ser realizada por personal experto.

Algunas precauciones que debemos seguir:

- Usar preferiblemente vías centrales.
- No utilizar vías colocadas en otros servicios ni colocadas el día anterior.
- Los catéteres periféricos deben ser de calibre pequeño (24 y 22 G) y hay que evitar el uso de palomitas.
- No se recomienda el uso de bombas

de infusión en fármacos vesicantes (Chemotherapy extravasation guideline. WOSCAN Cancer Nursing and Pharmacy Group 2009)

- Evitar el uso de bombas de infusión para la administración vesicante a través de la infusión corta usando una vena periférica (Polovich et al., 2009).
- El orden de administración (según protocolos de cada hospital)

PRIMERO : CITOSTÁTICO MÁS

AGRESIVO o de menor volumen (preguntar a Farmacia si se puede cambiar el orden de administración determinado en el esquema de tratamiento)

- Realizar educación sanitaria al paciente respecto a los signos de alarma (quemazón, dolor, tumefacción...) y aconsejarle que evite movimientos bruscos de la extremidad.
- Extremar las precauciones en:
 - Pacientes ancianos

- Pacientes obesos
 - Pacientes con enfermedad vascular periférica o fragilidad vascular
 - Pacientes diabéticos
 - Pacientes con incapacidad de comunicación
 - Pacientes sometidos a terapia EV de larga duración
 - Pacientes con múltiples venopunciones.
 - No colocar catéteres para infusión en extremidades inferiores, en extremidades con linfadenectomía axilar, con quemaduras, en cicatrices, etc...
- VIGILAR: “Re-call” en extremidades con extravasaciones previas de vesicantes (sobre todo: Antraciclina, Paclitaxel y Mitomicina C)
- La zona de elección para la punción sería el antebrazo.
 - Debemos evitar zonas de flexión, zona radial y dorso de la mano.
 - La vía debe estar bien fijada, y el punto de inserción y el trayecto venoso bien visible.
- Antes de iniciar la infusión comprobar la permeabilidad y la presencia de retorno venoso.
 - Lavar la vena antes y después de la administración de cada citostático con un mínimo de 50 ml de suero fisiológico o suero glucosado.
 - En caso de fármacos irritantes y vesicantes lavar con unos 100 – 200 ml entre fármaco y fármaco y al finalizar.
 - Es conveniente observar frecuentemente la vía durante la infusión y cambiarla si tenemos dudas.

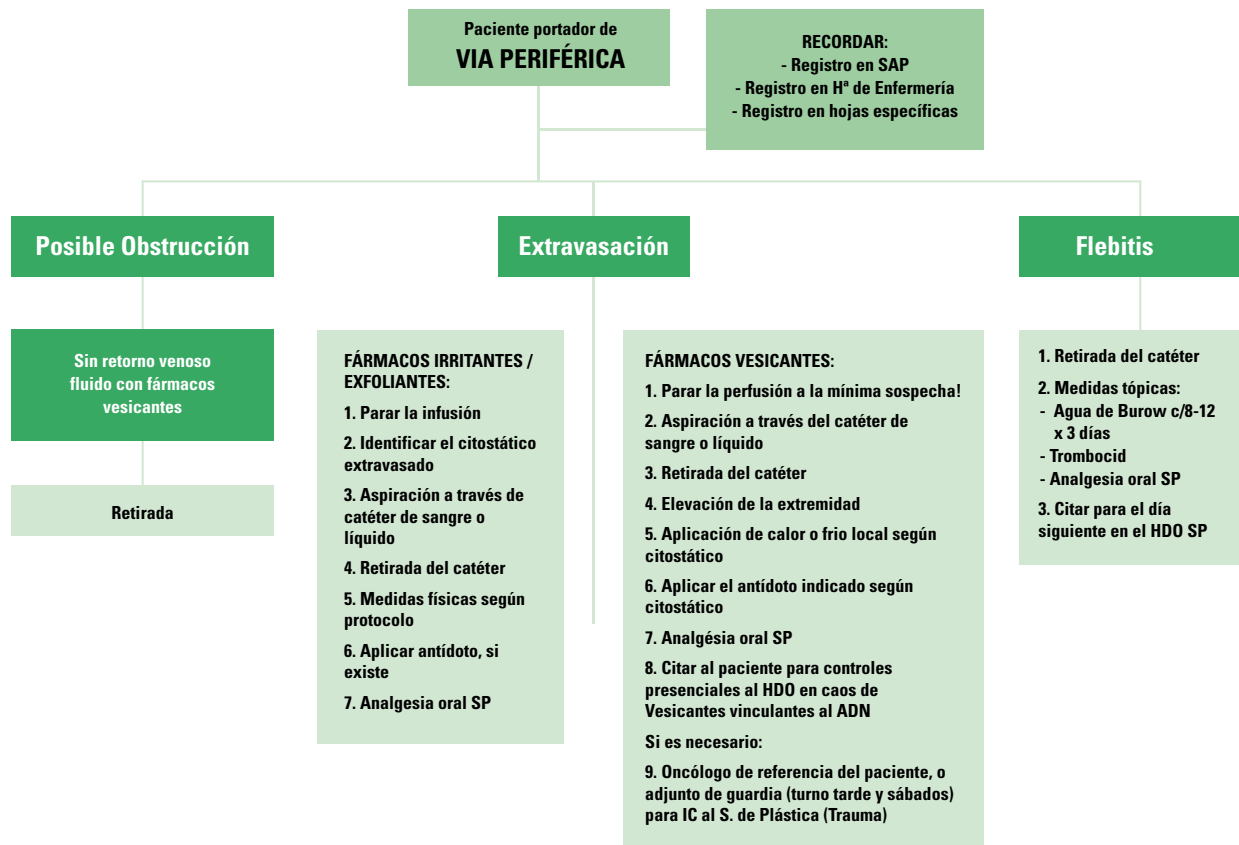


Figura 2. Algoritmo de Extravasaciones.

CLASIFICACIÓN DE LOS CITOSTÁTICOS:

- **Vesicantes**
Pueden producir diversos grados de dolor, eritema, ampollas y necrosis
- **Vinculados a ADN**
Interfiere en la reparación del tejido a nivel celular: el fármaco se vincula al ADN provocando la apoptosis celular. Permanece en el tejido extravasado durante mucho tiempo, aumentando el área y el tiempo de necrosis
- **No vinculados a ADN**
Son rápidamente metabolizados por el organismo y siguen el proceso natural de reparación y curación. El daño es moderado y localizado.

• **Exfoliantes**

El potencial vesicante es bajo (depende de la concentración y la cantidad extravasada). Aún así pueden producir inflamación, ampollas y descamación.

- Cisplatino (<20ml ó >4mg/ml)
- Oxaliplatino
- Doxorubicina liposomal (Myocet)
- Doxo lipos pegilada (Caelyx)
- Docetaxel*
- Paclitaxel*
- Mitoxantrone *

• **Irritantes**

Causan dolor, inflamación, sensación de quemazón o de opresión

- Carboplatino
- Bendamustina
- Bleomicina**
- Etopósido
- Tenipósido
- Topotecan
- Irinotecan
- Fluoracilo
- Ifosfamida**

- Abraxane
- Tríóxido de Arsénico
- Trastuzumab-Etamsina
- Cabazitaxel **

**En otras clasificaciones se consideran neutros

• **Inflamatorios**

Causan inflamación o eritema pero sin dolor

- Azacitidina
- Bortezomib
- Fluoracilo*
- Metrotexate
- Raltitrexed

*En otras clasificaciones se consideran irritantes

• **Neutros**

Causan induración, hinchazón, o molestias por la presión.

- Anticuerpos monoclonales (Cetuximab, Trastuzumab, Bevacizumab...)
- Ciclofosfamida
- Eribulina

- Gemcitabina
- Asparaginasa
- Pemetrexed

También se pueden clasificar según la REACCIÓN LOCAL que producen durante la infusión, pero que hay que saber distinguir de una extravasación, por lo que hay que hacer un diagnóstico.

- LLAMARADA “Flare reaction” : Presenta urticaria local, eritema venoso, no es frecuente el dolor. Buen retorno venoso. Asociada a la administración de ANTRACICLINAS en venas periféricas finas. Se recomienda tapar el trayecto venoso (fotosensibilidad) y lavar bien con 100ml de SF antes de proseguir la infusión
- SHOCK VENOSO: La administración rápida de fármacos fríos pueden provocar espasmos venosos, donde el reflujo sanguíneo puede desaparecer. Es el caso del OXALIPLATINO y la GEMCITABINA. El calor puede relajar y dilatar la vena
- IRRITACIÓN: Provoca dolor, sensación de opresión, puede existir eritema venoso o decoloración de la piel. Existe retorno venoso. Frecuente con VINOELBINA Y DACARBAZINA. El calor puede relajar y dilatar la vena

FÁRMACOS VESICANTES DNA – BINDING			FÁRMACOS VESICANTES NO DNA - BINDING		
ANTRACICLINAS Doxorubicina Epirubicina Idarubicina Daunorubicina MITOMICINA	DACARBAZINA	ESTREPTOZOCINA CARMUSTINA MITOXANTRONE BENDAMUSTINA	ALCALOIDES DE LA VINCA Vinlastina Vinorelbina Vincristina Vindesina Vinflunina	TAXANOS Paclitaxel Docetaxel	TRABECTEDINA
Aplicar FRIO seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24-48 h			Aplicar CALOR seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24 h	Aplicar FRIO seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24-48 h con Paclitaxel	Aplicar FRIO seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24-48 h
Eleva la extremidad afectada durante 24-48 h			Eleva la extremidad afectada durante 24-48 h		

FÁRMACOS VESICANTES DNA – BINDING			FÁRMACOS VESICANTES NO DNA - BINDING		
Administrar analgesia OR sp			Administrar analgesia OR sp		
APLICAR EL ANTÍDOTO CORRESPONDIENTE			APLICAR EL ANTÍDOTO CORRESPONDIENTE		
DMSO 99% TÓPICO (en el doble del área extravasada y dejar secar al aire) c/8h durante 7-14 días	TIOSULFATO Na 1/6M SC en 6 inyecciones de 0.5 ml alrededor de la zona extravasada*	No se conocen antídotos	HIALUDORINASA 150-200 ui SC Repartidas en 5-10 inyecciones de 0'1-0'2 ml alrededor de la zona extravasada *Cambiar la aguja en cada inyección		No se conocen antídotos
CONSIDERACIONES			CONSIDERACIONES		
HIDROCORTISONA 1% TÓPICA (Lactisona®)c/6h durante 3-5d o hasta que desaparezca el eritema alternando con DMSO Controles presenciales a los 7, 15 i 21 días de la extravasación	No aplicar frío hasta 6 h después de las inyecciones SC	HIDROCORTISONA 1% TÓPICA (Lactisona®)c/6h durante 3-5d o hasta que desaparezca el eritema	NO se recomienda la aplicación de CORTICOIDES TÓPICOS SULFADIAZINA ARGÉNTICA (Silverderma®) 2 veces/día durante 7d	HIDROCORTISONA 1% TÓPICA (Lactisona®)c/6h durante 3-5d	Administrar siempre por vía central HIDROCORTISONA 1% TÓPICA (Lactisona®)c/6h durante 3-5d

EXFOLIANTES			IRRITANTES		
CISPLATINO	DOXO LIPOS PEGILADA (Caelyx®) DOXO LIPOS LIPOSOMAL (Myocet®)	OXALIPLATINO	ETOPÓSIDO TENIPÓSIDO	IRINOTECAN FLUORACILO ABRAXANE TRIÓXIDI DE ARSÉNICO TOPOTECAN BLEOMICINA TRASTUZ-ETAMSINA IFOSFAMIDA	CARBOPLATINO
Aplicar FRIO seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24-48 h		Aplicar CALOR seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24 h	Aplicar FRIO seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24h		Aplicar CALOR seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24 h
Eleva la extremidad afectada durante 24-48 h			Eleva la extremidad afectada durante 24-48 h		

EXFOLIANTES		IRRITANTES		
Administrar analgesia OR sp		Administrar analgesia OR sp		
APLICAR EL ANTÍDOTO CORRESPONDIENTE		APLICAR EL ANTÍDOTO CORRESPONDIENTE		
DMSO 99% TÓPICO (en el doble del área extravasada y dejar secar al aire) c/8h durante 7-14 días	No se conocen antídotos	HIALUDORINASA 150-200 ui SC Repartidas en 5-10 inyecciones de 0'1-0'2 ml alrededor de la zona extravasada *Cambiar la aguja en cada inyección	No se conocen antídotos IFOSFAMIDA Administrar HIALUDORINASA 150-200 ui SC en caso de dolor o progresión de la lesión	DMSO 99% TÓPICO c/8h durante 7-14 días
CONSIDERACIONES		CONSIDERACIONES		
	Valorar analgesia y/o corticoides OR para disminuir el dolor y la inflamación	NO se recomienda la aplicación de CORTICOIDES TÓPICOS	HIDROCORTISONA 1% TÓPICA (Lactisona®)c/6h durante 3-5d	

INFLAMATORIOS	NEUTROS
AZACITIDINA BORTEZOMIB FLUORACILO METOTREXATE RALITREXED	ANTICUERPOS MONOCLONALES CICLOFOSFAMIDA ERIBULINA GEMCITABINA ASPARAGINASA PEMETREXED INTERFERON α
Aplicar FRIO seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24h	Aplicar FRIO seco (protegiendo la piel) 20- 30 min c/4h durante 24h
Elevar la extremidad afectada durante 24-48 h	Elevar la extremidad afectada durante 24-48 h
Administrar analgesia OR sp	Administrar analgesia OR sp
APLICAR EL ANTÍDOTO CORRESPONDIENTE	APLICAR EL ANTÍDOTO CORRESPONDIENTE
No se conocen antídotos	No se conocen antídotos
CONSIDERACIONES	CONSIDERACIONES
HIDROCORTISONA 1% TÓPICA (Lactisona®)c/6h durante 3-5d o hasta que desaparezca el eritema	Aplicar un masaje suave en la zona extravasada puede ayudar a dispersar el fármaco

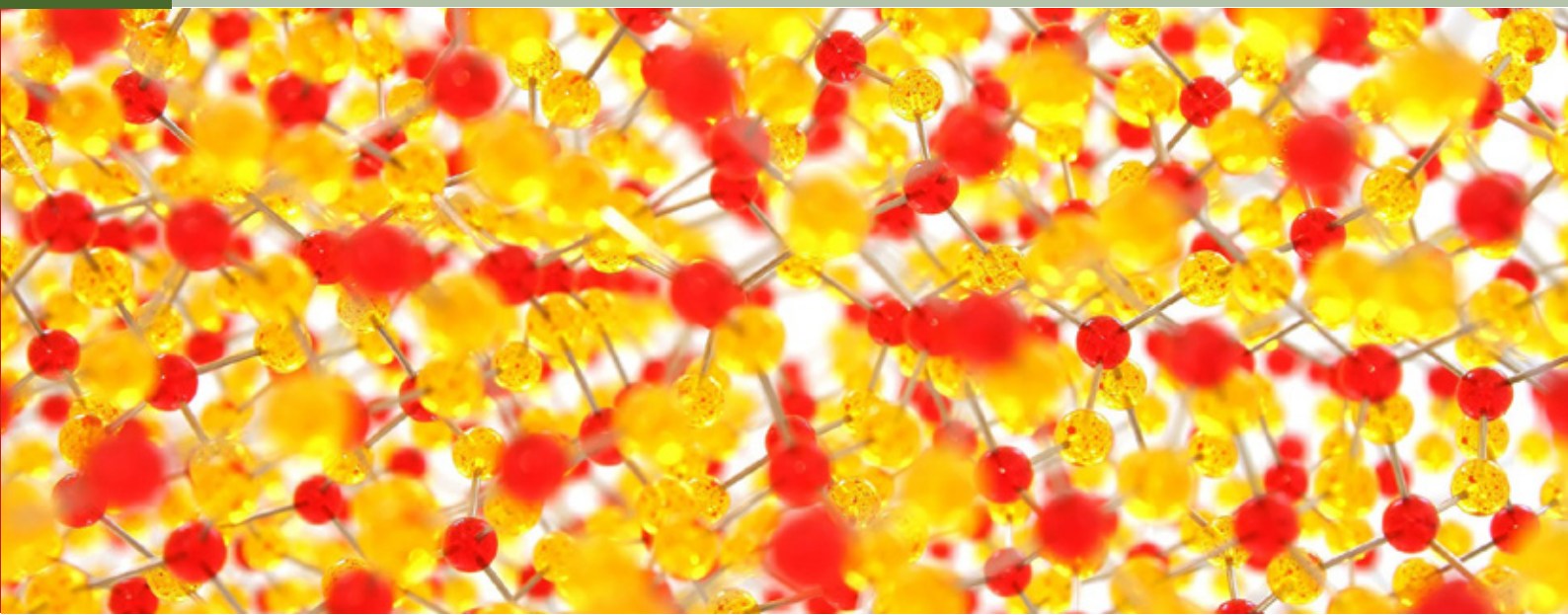
KIT DE EXTRAVASACIONES



- HIALUDORINASA 1500 ui (5 viales)
- TIOSULFATO NA 1/6M (5 viales)
- SF o agua estéril para inyección
- DIMETILSULFÓXIDO 99% (3 viales)
- SILVEDERMA ®
- HIDROCORTISONA 1% tópica
- Jeringas 1ml
- Aguja SC 27G
- Rotulador y regla
- Documentación sobre manejo extravasación
- Hoja de control de caducidades

BIBLIOGRAFIA

1. ONS Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice. Sec. Edit 2005
2. EONS Extravasation guidelines 2007. Guidelines Implementation Toolkit http://www.cancernurse.eu/documents/EONSClinical_GuidelinesSection6-en.pdf (accessed sept 2016)
3. Chemotherapy extravasation guideline. WOSCAN Cancer Nursing and Pharmacy Group 2009 <http://www.beatson.scot.nhs.uk/content/mediassets/doc/Extravasation%20guidance.pdf> accessed set 2016)
4. J.A. Pérez Fidalgo et al Management of chemotherapy extravasation: ES-MO-EONS clinical practice guidelines. European Journal of Oncology Nursing 2012 16,528-534
5. Kreidieh FY et al. Chemotherapy extravasation: Prevention and management. World J Clin Oncol 2016 February 10; 7(1): 87-97
6. http://www.hemonc.org/wiki/Vesicant_%26_irritant_chemotherapy (accessed 2016 nov 11)
7. <http://www.rcht.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/CancerServices/ExtravasationGuideline.pdf> (accessed 2016 des 11)
8. J.Boulanger et al. Management of the extravasation of anti-neoplastic agents. Support Care Center 2015, 23: 1459-1471
9. K. Harrold et al. The management of cytotoxic chemotherapy extravasation: a systematic review of the literature to evaluate the evidence underpinning contemporary practice. Eur J of Cancer Care, 2015, 24, 771-800
10. Hadaway, Lynn C. Preventing and managing peripheral extravasation. Nursing October 2009 - Volume 39 - Issue 10 - p 26-27
11. <https://www.ons.org/practice-resources/clinical-practice/extravasation-precautions-crucial-when-administering> (acces 2016 des 11)
12. Gonzalez, T. (2013). Chemotherapy extravasations: Prevention, identification, management, and documentation. Clinical Journal of Oncology Nursing, 17, 61-66. doi: 10.1188/13.CJON.61-66 (acces 2016 des 11)
13. Polovich, M., Whitford, J.M., & Olsen, M. (Eds.). (2009). Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for practice (3rd ed.). Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
14. Camp-Sorrell, D. (Ed.). (2010). Access device guidelines: Recommendations for nursing practice and education. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
15. http://www.vygon.es/wp-content/uploads/sites/4/2015/08/terapia_intravenosa1.pdf
16. <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/Agentescitostaticos.pdf>
17. <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4fa05a939357b.pdf>
18. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000871cnt-SPpa-raelPacOnc.pdf>



Una gran noticia para un futuro muy esperanzador en Oncología Radioterápica. Protonterapia en España.

Es una gran noticia en Oncología Radioterápica. La Onco-Radio tiene la ventaja de evolucionar de manera importantísima de la mano de la tecnología, la física y la informática tanto en sus vertientes de mejores planificaciones y precisión como en el avance de nuevas energías aplicadas y la protonterapia es un ejemplo.

Es muy grato, por lo tanto, recibir esta noticia que reproducimos y que fue publicada en varios diarios: *Quirónsalud invertirá en torno a 40 millones de euros para construir y equipar el primer centro de protonterapia de España, que empezará a tratar a los primeros pacientes a comienzos de 2019, ha informado la empresa en un comunicado. El centro se ubicará en Madrid y estará abierto a pacientes de todas las procedencias, tanto de la sanidad pública como privada, y sus profesionales trabajarán de forma coordinada con los médicos de referencia de los pacientes para garantizar la continuidad de la atención.* DIARIO LA VANGUARDIA 04/01/2017 14:47

La protonterapia (PTR) permite una liberación más precisa y localizada de la radiación, lo que comporta una mejor distribución potencial de la dosis de radiación en el tejido tumoral y una mayor preservación del tejido sano circundante que la radioterapia convencional con fotones o electrones. Los equipos e instalaciones de PTR son complejos y tienen un alto coste. No obstante, la evolución tecnológica de la PTR está generando nuevos equipos más manejables y se están planteando nuevas indicaciones para cánceres frecuentes como el de próstata y pulmón. La complejidad y el alto coste de la PTR, las nuevas indicaciones y la baja calidad de la evidencia disponible como terapia relativamente joven hasta ahora, hacen necesario priorizar su utilización en aquellas indicaciones en las que el beneficio clínico en relación con

el tratamiento convencional, pueda justificar su mayor coste de inversión y funcionamiento. En un estudio holandés se observó que el coste por fracción para la terapia de protones era de 743 euros, la de fotones 233 euros y la combinada 1.128 euros. Sin embargo, estas diferencias se reducen según el tipo de tumor tratado. En el cáncer de pulmón y en el cáncer de próstata, las diferencias son relativamente pequeñas, mientras que son mayores en los tratamientos de cordomas de la base del cráneo o tumores de cabeza y cuello.

Desde el punto de vista del conocimiento clínico y también económico, la instalación de un centro de protones lleva asociado la ventaja de poder generar evidencia científica mediante estudios adecuados.

A partir de estos estudios se están incorporando nuevas indicaciones como carcinoma hepatocelular, melanoma de úvea, tumores de cabeza y cuello, tumores óseos de la base del cráneo, tratamiento de cordomas y condrosarcomas.

Especial relevancia tiene el tratamiento de tumores infantiles. Aunque la supervivencia puede llegar a tasas del 60-70%, esta viene acompañada de una morbilidad significativa relacionada con el tratamiento, tales como déficit cognitivo, discapacidad auditiva, disfunciones endocrinas, renales y gonadales, o tumores malignos secundarios. Debido a la expectativa de vida de estos pacientes pediátricos y a la fase del desarrollo biológico en que se produce la enfermedad y el tratamiento, la terapia de protones es una alternativa a los fotones porque reduce, como hemos comentado, el volumen de tejidos sanos irradiados y disminuye los efectos adversos.

Así que muy buena noticia para un futuro muy cercano.



El 20% de las pacientes con cáncer de mama no completan el tratamiento hormonal prescrito

lainformacion.com

Un estudio realizado en Suecia, y liderado por el investigador asociado de la Unidad MRC para la Salud y el Envejecimiento Vitalicio en University College London (Reino Unido), Wahyu Wulaningsih, ha alertado de que el 20% de las mujeres con cáncer de mama, especialmente las jóvenes, no completan el tratamiento hormonal prescrito.

Se trata de una terapia que evita las recaídas y mejora la supervivencia hasta en un 10% de las mujeres con cáncer de mama y receptores de estrógenos positivos, especialmente cuando se toma durante cinco o diez años. “Hay pruebas que muestran que no tomar este tratamiento puede empeorar la supervivencia”, han avisado los investigadores.

En el trabajo se analizaron a 5.544 mujeres con cáncer de mama y con receptores de estrógenos positivos a las que habían prescrito la terapia endocrina hacía ya cinco años. La adherencia se calculó según los fármacos dispensados, por lo que las participantes fueron clasificadas como no adherentes cuando recibieron menos del 80% de los medicamentos necesarios durante cinco años.

En el análisis, los predictores independientes más fuertes de no adherencia fueron la edad más joven, uso previo de terapia hormonal, estado civil y estado socioeconómico. De esta forma, los científicos comprobaron que las menores de 50 años eran un 50% más propensas a ser no adherentes que las de 50 a 65 años, y, de hecho,

el 5% de todos los casos no adherentes se atribuyeron a una edad más temprana.

Además, las mujeres que habían usado terapia hormonal sustitutiva tenían un 57% más de probabilidades de ser no adherentes que las que no lo habían hecho, mientras que las mujeres solteras tenían 33% más riesgo de no cumplir con el tratamiento y el 60% de las que estaban en situación de desempleo.

“Una proporción de las pacientes con cáncer de mama en edad reproductiva puede estar preocupada por el impacto que el tratamiento hormonal puede tener en la fertilidad, lo que puede explicar por qué son más propensas a dejar esta terapia. Por ello, creemos que hay que mejorar la información para las mujeres que han sido diagnosticadas de un cáncer de mama y quieren ser madres en un futuro”, han recalcado los investigadores.



Investigadores españoles desarrollan un virus que ataca sólo a células cancerígenas

agenciasinc.es

Científicos del Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (Idibaps) y del Instituto de Investigación Biomédica (IRB Barcelona) han liderado el diseño de una nueva estrategia para conseguir que virus modificados genéticamente ataquen de forma selectiva a las células tumorales sin que las sanas se vean afectadas.

El tratamiento convencional del cáncer puede provocar efectos secundarios no deseados como consecuencia de una poca selectividad. Para evitarlos es importante que los nuevos tratamientos sean capaces

de eliminar de forma eficiente las células cancerígenas y preservar las células sanas. Una de las nuevas terapias en cáncer se basa en el desarrollo de virus oncolíticos, es decir, virus modificados para que solo infecten a las células tumorales.

En los últimos años se han creado virus mediante ingeniería genética para maximizar su efecto anticancerígeno, pero a medida que la potencia del virus aumenta, también lo hace la toxicidad asociada. Limitar este efecto sobre las células sanas es ahora la clave para la aplicación de este tipo de terapias.

El artículo, publicado en la revista Nature Communications, desarrolla un abordaje innovador para dotar a un adenovirus de una alta especificidad contra las células tumorales. “Hemos aprovechado la diferente expresión de un tipo de proteínas, las CPEBs, en tejidos normales y tumorales”, explica Raúl Méndez, del IRB Barcelona.

Las CPBE son una familia de cuatro proteínas de unión a ARN que controlan la expresión de cientos de genes y mantienen la funcionalidad y capacidad de reparación de los tejidos en condiciones normales. Cuando las CPEBs se desbalancean, cambian la expresión de estos genes en las células y contribuyen al desarrollo de procesos patológicos como el cáncer.

“Nos hemos centrado en el doble desbalanceo de dos de estas proteínas en tejidos sanos y en tumores: por un lado, tenemos CPEB4, que en estudios anteriores demostramos que tiene una expresión elevada en células cancerígenas y que es necesaria para el crecimiento del tumor, y, por el otro, CPEB1, muy expresada en tejido normal y que se pierde en el tumor. Hemos aprovechado este desbalanceo para hacer un virus que solo ataca a las células con niveles altos de CPEB4 y bajos de CPEB1, con lo que solo afecta a las células tumorales, ignorando las sanas”, señala Méndez.

Por su parte, Cristina Fillat, jefe del grupo terapia génica y cáncer del Idibaps, ex-

plica como en este trabajo se ha trabajado con adenovirus, una familia de virus que pueden provocar infecciones de las vías respiratorias, de las vías urinarias, conjuntivitis o gastroenteritis. “Poseen unas características que les hace muy atractivos para ser usados como terapia frente a los tumores”.

Para ello es necesario modificar el genoma de los virus. En este estudio se insertaron secuencias que reconocen a las proteínas CPEB en regiones clave para el control de las proteínas virales. Se comprobó su actividad en modelos de in vitro de cáncer de páncreas y se observó un control del crecimiento del tumor en modelos de ratón.

Los virus oncosselectivos que se crearon eran muy sofisticados, pues se activaban por CPEB4, pero se reprimían por CPEB1. Así, los investigadores lograron una actividad viral atenuada en células normales, mientras que en las tumorales se mantuvo o, incluso, aumentó la potencia de los virus.

Dado que CPEB4 se sobreexpresa en varios tumores, esta estrategia oncosselectiva podría ser válida para otros tumores sólidos. Ahora los investigadores buscan combinar este tratamiento con terapias que ya están en la práctica clínica o en fases muy avanzadas de desarrollo, para buscar sinergias y poder ser más eficaces en el control del tumor.



Un dispositivo de refrigeración del cuero cabelludo ayuda a prevenir la caída del cabello de la quimioterapia

reuters.com

Un sistema de enfriamiento del cuero cabelludo ayudó a prevenir la pérdida de cabello en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia, según investigadores en el San Antonio Breast Cancer Symposium.

“Los dispositivos de enfriamiento del cuero cabelludo son altamente efectivos y deben estar disponibles para las mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia”, dijo la autora principal del estudio, la Dra. Julie Rani Nangia, del Baylor College of Medicine en Houston, Texas.

La tecnología de enfriamiento del cuero cabelludo reduce la temperatura del cuero cabelludo, lo que reduce el flujo sanguíneo a los folículos pilosos y se ha demostrado en otros estudios para reducir la pérdida de cabello en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, explicó. La prueba de prevención de la alopecia por enfriamiento del cuero cabelludo (SCALP) incluyó a 235 mujeres en siete centros médicos estadounidenses. Las mujeres tenían cáncer de mama en estadio 1 o 2 y estaban programadas para recibir al menos cuatro rondas de quimioterapia con antraciclina o taxano, que se sabe que causan pérdida de cabello. Los pacientes fueron asignados al azar al enfriamiento del cuero cabelludo con el todavía experimental Orbis Paxman Sistema de Prevención de la Pérdida del Cabello (OPHLPS) o sin enfriamiento del cuero cabelludo.

El sistema cuenta con una “tapa fría” que se ajusta a la cabeza de un paciente durante la quimioterapia. El enfriamiento se realizó 30 minutos antes, durante y 90 minutos después de las sesiones de quimioterapia. Sobre la base de los resultados superiores con el dispositivo de refrigeración del cuero cabelludo, los monitores de seguridad del equipo de investigación decidieron detener el estudio y liberar los datos, dijo Nangia.

En ese momento, 95 pacientes en el grupo de enfriamiento y 47 pacientes en el grupo sin refrigeración habían completado cuatro ciclos de quimioterapia. Cuarenta y ocho pacientes en el grupo de refrigeración (50,5%) mantuvieron su cabello, en comparación con ninguno de los pacientes en el grupo sin enfriamiento.

Los efectos secundarios fueron leves e incluyeron dolor de cabeza, náuseas y mareos, informó Nangia. La mayoría de los pacientes clasificaron el dispositivo de enfriamiento como “razonablemente cómodo y muy pocos encontraron que el dispositivo de enfriamiento del cuero cabelludo era incómodo”, dijo.

Paxman, que hace el sistema OPHLPS, ahora está buscando autorización de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para comercializar el dispositivo. En diciembre pasado, la FDA aprobó un sistema de refrigeración del cuero cabelludo fabricado por Dignitana Inc, llamado DigniCap.

Nangia dijo que la tecnología de enfriamiento del cuero cabelludo se ha utilizado para otros tipos de cáncer de tumores sólidos en otros países, aunque no es apropiado para pacientes con cáncer hematológico.

Las mujeres en el ensayo SCALP se seguirán durante cinco años para monitorear la supervivencia general, la recurrencia del cáncer y las posibles metástasis en el cuero cabelludo.

El Dr. Kent Osborne, co-director del San Antonio Breast Cancer Symposium y también del Baylor College of Medicine, dijo: “Tenemos toneladas de datos de diferentes ensayos que buscan el sitio de la primera recurrencia en pacientes con estadio 1 o 2 cáncer de mama y no creo que encontremos un solo paciente que recurra en el cuero cabelludo sólo, nunca.”



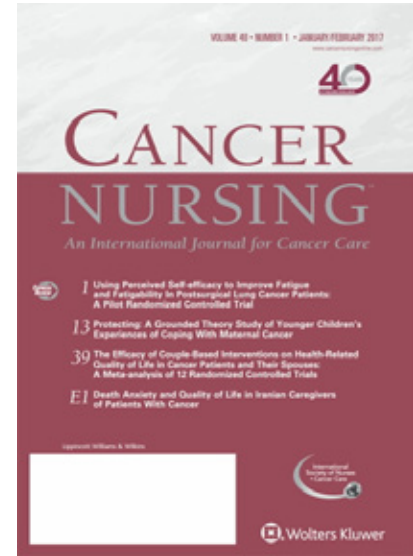
EUROPEAN JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING ABRIL

En este número destacamos tres artículos. Uno de ellos nos habla de un ensayo de viabilidad de control aleatorizado para evaluar la efectividad de la miel de tomillo para el tratamiento de la xerostomía inducida por radiación en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Se reclutaron 72 pacientes en dos brazos, uno experimental tratado con miel de tomillo y un brazo de control tratado con suero salino. Se realizaron evaluaciones al inicio, al mes, a los 6 meses y al finalizar el tratamiento. El brazo experimental reveló un efecto estadístico significativo gracias a la intervención con miel de tomillo no solo en la xerostomía sino también en su calidad de vida en general, así como sobre el dolor fuerte e insoportable.

Otro artículo nos habla de un estudio exploratorio de un modelo de resiliencia para padres de niños con cáncer en China. Este modelo se desarrolló para aumentar la comprensión de cómo la resiliencia (capacidad para preservar su bienestar emocional y físico frente al estrés) está afectada positivamente y negativamente por factores protectores y de

riesgo, respectivamente. Los resultados indicaron que el modelo es una estructura eficaz para desarrollar las intervenciones centradas en los padres de familia que se basan en sus experiencias como cuidadores y permite una mejor comprensión de lo que experimentan mientras sus hijos se someten a tratamiento aunque se necesitarán más estudios para confirmar su eficacia y perfeccionar sus aplicaciones clínicas.

Por último un subestudio del estudio PROVIVO respecto a la percepción de los efectos tardíos entre los supervivientes a largo plazo tras el trasplante de células madre hematopoyéticas: un análisis descriptivo y validación del cuestionario alemán de percepción de enfermedad breve. Este es un análisis secundario de los datos del estudio transversal, de método mixto PROVIVO, que incluyó a 376 supervivientes de dos centros HSCT suizos. En primer lugar, se analizaron las características de la muestra y la distribución de cada elemento BIPQ. En segundo lugar, se probaron 3 tipos de validez siguiendo los estándares de la American Educational Research Association (AERA). Un análisis factorial confirmatorio (CFA) exploró la estructura interna, y las correlaciones probaron la validez en las relaciones con otras variables, incluyendo los datos de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), el número y la carga de los efectos tardíos y las variables clínicas. De acuerdo con su validez de contenido general, el BIPQ alemán es un instrumento prometedor para obtener una visión más profunda de las percepciones de los pacientes de HSCT de los efectos tardíos. Sin embargo, como tres ítems revelaron problemas potenciales, se requieren mejoras y adaptaciones en la traducción. Después de estas revisiones, la evidencia de validez debe ser reexaminada a través de una encuesta detallada de pacientes.



CANCER NURSING MARZO/ABRIL

En este último número la portada está dedicada a varios artículos. Un artículo nos habla de un estudio transversal para evaluar la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que fueron tratadas con o sin quimioterapia y para identificar los factores asociados con la mejora o empeoramiento de su calidad de vida. Se incluyeron 112 mujeres, 85 con QT y 27 sin QT. La encuesta de salud corta evaluó la calidad de vida y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria evaluó la ansiedad y la depresión. La conclusión del estudio es que el tratamiento para el cáncer de mama empeora la calidad de vida en el funcionamiento físico y el papel-dominio físico de la encuesta de salud en relación con las mujeres tratadas sin quimioterapia. Esto implica que enfermería debe evaluar la actividad física antes del tratamiento, ya que una mujer que no estaba físicamente activa antes de que el cáncer de mama no es probable que se vuelva físicamente activo después del tratamiento. Establecer grupos de apoyo y ofrecer sesiones educativas sobre la enfermedad y su manejo, y la atención de apoyo puede mejorar la calidad de vida de esta población.

Otro estudio tiene como objetivo describir los tipos de estrategias de afrontamiento basadas en problemas y emociones para manejar la gravedad del dolor, el malestar y las consecuencias, y para evaluar si había evidencia de procesamiento paralelo. Se incluyeron 162 mujeres que reportaron el dolor como el síntoma más notado. Gestionar activamente y planificar fueron las estrategias más frecuentes centradas en el problema; la relajación fue la estrategia más centrada en la emoción. El mayor número total de estrategias de afrontamiento intentadas, expresando emociones y buscando apoyo emocional se asociaron con mayores puntuaciones de dolor y consecuencias, y la gestión activa del dolor se asoció con una mayor gravedad del dolor. Los beneficios relativos de los 2 tipos de estrategias de afrontamiento no están claros. Se necesita una evaluación exhaustiva del dolor y la efectividad de las estrategias de afrontamiento para ayudar a las mujeres a identificar las estrategias que funcionan mejor para ellas.

Otro estudio investiga la relación entre la angustia de los síntomas y los biomarcadores inflamatorios séricos en pacientes con cáncer de pulmón sometidos a quimioterapia. Se utilizó un diseño longitudinal de medidas repetidas para evaluar síntomas subjetivos (fatiga, alteración del sueño, dolor, depresión y confusión), biomarcadores séricos (fosfatasa ácida resistente a tartrato 5a [TRACP5a], interleucina 6 [IL-6] IL-8 y proteína C reactiva), y los glóbulos blancos en 62 pacientes con cáncer de pulmón reclutados de un solo centro médico en 3 puntos de tiempo: T1 fue la línea base, T2 fue el octavo día después del primer ciclo de quimioterapia y T3 fue antes del segundo ciclo. La angustia de los síntomas se midió individualmente mediante 5 cuestionarios (Escala General de Fatiga, Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, Inventario Breve de Dolor, Perfil de los Estados del Humor-Depresivo y Confusión). Los resultados demostraron que la tendencia de TRACP5a se correlacionó positivamente con la tendencia de la angustia de los síntomas de los pacientes por lo que podría ser un biomarcador potencial. Sin em-

bargo, las tendencias de IL-6 e IL-8 no se correlacionaron. Las enfermeras pueden utilizar estos resultados para comprender mejor a los pacientes que necesitan más atención para mejorar su calidad de vida.

Por último un artículo nos habla de un estudio para evaluar la efectividad clínica del brazalete holográfico en el manejo de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia en pacientes adultos con cáncer. Se asignaron 175 pacientes a 3 grupos aleatorios, placebo, control y brazalete y se utilizaron diarios para detectar la gravedad y la frecuencia de las NAVIQ así como el uso de antieméticos. El uso de pulsera de holograma tuvo un efecto positivo, disminuyeron las NAVIQ y la actividad de la vida diaria aumentó. Sin embargo, los efectos variaron entre los tipos de NAVIQ por lo que se recomiendan estudios más a fondo.



EONS NEWSLETTER

La EONS anuncia que ha nombrado como representante de la enfermería oncológica joven (YCN) como miembro no ejecutivo de la Junta a Sara Torcato Parreira, de Portugal. Este papel se creó en respuesta a la retroalimentación de nuestros miembros, quienes consideraron que los desafíos únicos que enfrentan las enfermeras de oncología más jóvenes requieren una mayor representación.

El Consejo Europeo del Cáncer de Mama ha publicado un manifiesto sobre los centros de cáncer de mama. El manifiesto pide a los gestores y políticos que promuevan el uso de unidades especializadas de cáncer de mama con equipos médicos multidisciplinares. La evidencia muestra que estas

unidades ahorran dinero, además de la prestación de una mejor atención. El manifiesto también pide una auditoría de la actual oferta de cáncer de mama a nivel nacional.

Una investigación realizada por el Real Colegio de Enfermería del Reino Unido revela que muchas enfermeras de la UE abandonaron el Reino Unido tras el referéndum del año pasado, meses antes de que se iniciara el proceso del artículo 50 que conduce a Brexit. El registro del Consejo de Enfermería y Obstetricia muestra que 2.700 enfermeras de países de la UE salieron del Reino Unido en 2016. Miles de puestos de enfermería en Inglaterra están vacantes y la situación se espera que empeore a menos que el primer ministro garantice a los ciudadanos de la UE su derecho a permanecer.

Se acaba de publicar un documento conceptual sobre la cuestión del valor en la atención del cáncer. El documento aborda las diferentes ideas de lo que "valor" en realidad significa para los pacientes de cáncer, profesionales y políticos. Uno de los expertos que contribuyeron al documento fue el Profesor Daniel Kelly, Presidente de EONS.

Después de tres meses de diseño, desarrollo y pruebas, el nuevo sitio web de ESNO está ahora en vivo. ESNO (European Specialist Nurses Organizations) está utilizando el nuevo sitio para compartir información sobre la próxima cumbre ESNO y la nueva oficina de la organización en el corazón de Bruselas, así como muchas otras noticias e información. El sitio ha sido diseñado para garantizar la compatibilidad con teléfonos inteligentes y tabletas. <http://www.esno.org/index.html>

Por último el grupo Europeo de Cuidado Oral en Cáncer (EOCC) ha producido un conjunto de directrices para el cuidado oral de los pacientes con cáncer. Esta guía está diseñada para ayudar a prevenir y manejar las complicaciones orales del tratamiento del cáncer, tales como úlceras bucales y caries dental. La guía está respaldada por la EONS, entre otras organizaciones



CASOS CLINICOS COMPLEJOS EN TUMORES NEUROENDOCRINOS

AUTOR: Jaume Capdevila
EDITORIAL: EDIKA-MED S.L.
AÑO DE PUBLICACIÓN: 2016
ISBN/EAN: 9788478778362

Las variaciones en las clasificaciones de los TNE desde su primera descripción, hace más de un siglo, han sido de las más importantes desde que existe la Oncología. Las peculiaridades de los TNE, desde su relación con síndromes hormonales asociados hasta las distintas localizaciones de los tumores primarios, así como los distintos grados de agresividad, han generado un grupo muy heterogéneo de neoplasias bajo el concepto de "neuroendocrino" que ha dificultado, no solo su clasificación sino, también, la estandarización de los tratamientos.



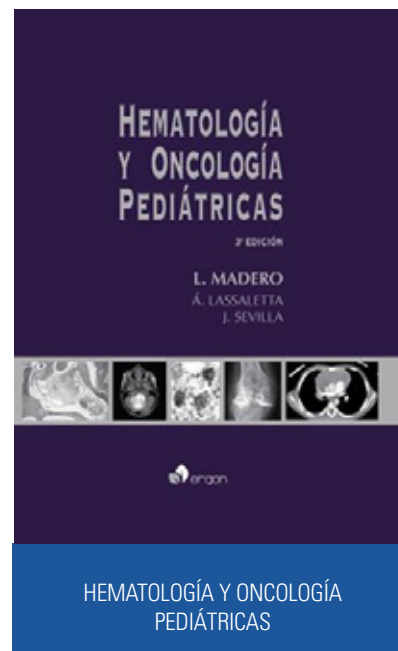
EN EL AMOR Y EN EL CÁNCER

AUTORES: Fátima Castaño y Diego Villalón
EDITORIAL: Fundación Más que Ideas
AÑO DE PUBLICACIÓN: 2016
ISBN/EAN: 978-84-608-5598-9

EN EL AMOR Y EN EL CÁNCER es el único libro dirigido a las parejas de los pacientes con cáncer en España. Todos hemos tenido una persona con esta enfermedad en nuestro entorno y sabemos lo difícil de esta etapa. 230.000 personas son diagnosticadas cada año de cáncer y es una situación que produce muchas dudas, miedos e incertidumbre. Porque nadie nos prepara para aceptar que tenemos cáncer y debemos aprender por el camino.

Pero tampoco nadie nos enseña a cómo vivir y a cómo cuidar y apoyar a la persona que más amamos cuando es diagnosticada. Las parejas de los pacientes viven con el cáncer de forma silenciosa ya que sus vidas también cambian pero la atención y el cuidado tienden a centrarse solo en el paciente.

Por ello, el libro "EN EL AMOR Y EN EL CÁNCER" es un reconocimiento a las miles de personas que, cada día, hacen suya la expresión "en el amor y en la enfermedad". Personas que cuidan, protegen y, lo más importante, aman a sus parejas en el momento más difícil de sus vidas. Hemos escrito este libro, que será gratuito, para dar respuestas a sus dudas, temores y necesidades. Los dos, pacientes y parejas, son los protagonistas de esta bonita historia a la que te invitamos participar.



HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICAS

AUTORES: Luis Madero López, Álvaro Lassaletta Atienza, Julián Sevilla Navarro
EDITORIAL: ERGON
AÑO DE PUBLICACIÓN: 2016
ISBN/EAN: 978-84-16270-18-7

Desde la primera edición de este tratado, se remarca la especificidad de las patologías hemato-oncológicas del niño frente a las de los adultos. Los niños con estas patologías deben ser tratados por unidades multidisciplinarias, en las que pediatras, inmunólogos, genetistas, anatomopatólogos, radioterapeutas, intensivistas y personal de enfermería contribuyan a proporcionar una asistencia integral. En esta nueva edición, destaca el Registro Nacional de Tumores Infantiles que permite conocer la incidencia de estas patologías y los resultados terapéuticos. Además, la participación en ensayos y protocolos diagnóstico-terapéuticos internacionales se ha intensificado enormemente en los últimos diez años. Se dedica especial atención a las nuevas dianas terapéuticas ya disponibles que van a ir reemplazando a la quimioterapia convencional. Se enfatiza la importancia de los factores diagnósticos y pronósticos genéticos y moleculares, incorporados ya a los actuales protocolos. Finalmente se aborda más extensamente la terapia de soporte, valorando los efectos secundarios, con objeto de prevenirlos y minimizarlos, para garantizar a los pacientes un desarrollo y una vida adulta satisfactoria y plena.



AGENDA

CONGRESOS Y JORNADAS

Juan Luis Ribes



X CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICAS (SEHOP)

Madrid, 25 al 27 de mayo de 2017 en el Ate-
ne de Madrid
<http://www.geyseco.es/sehop2017/index.php?go=inicio>



XXIX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS

Gijón- ASTURIAS, 8 y 9 de Junio en el Re-
cinto Ferial Luis Adaro
<http://www.congreso-enfermeriavascul-2017.com/bienvenida.html>



XXVIII CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

Cartagena, del 31 de mayo al 2 de junio de
2017 en el Palacio de Congresos
<http://www.Fundacionfae.Org/congresos>



XXIV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA (AEEP)

Pamplona 1, 2 y 3 de Junio 2017 Facultad
Ciencias de la Salud Universidad Pública de
Navarra
<http://aepdpamplona2017.blogspot.com.es/>



CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE DERECHO, SALUD Y DEPENDENCIA: PERSPECTIVAS DE FUTURO

Madrid, 21 al 22 de junio de 2017 en la Fa-
cultad de Derecho UNED
<http://derechoshumanosybioetica.org/congreso/>



6º CONGRESO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA (CIAIQ) Y 2ND INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON QUALITATIVE RESEARCH (ISQR)

Salamanca (España), 12, 13 y 14 de Julio
de 2017
<http://ciaiq.org/?lang=es>



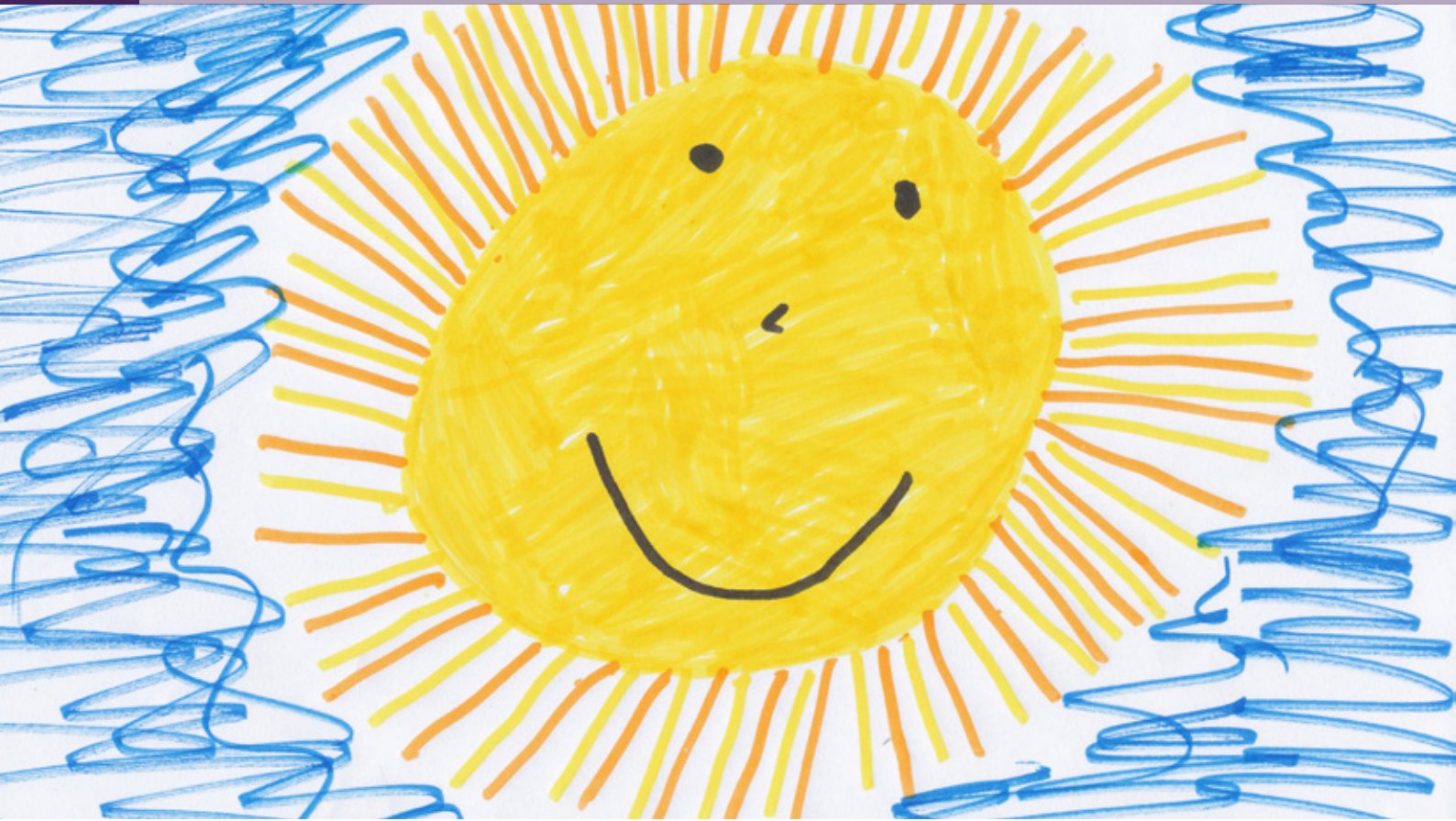
XIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

Murcia, 1 al 3 de junio 2017 en el Auditorio
y Centro de Congresos
<http://www.sedmurcia2017.es/7440/detail/xiv-congreso-de-la-sociedad-espanola-del-dolor.html>



IV CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y ENVEJECIMIENTO & II CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Murcia, 29 y 30 de junio de 2017 en el Hotel
7 Coronas
<http://formacionasunivep.com/IVciise/>



Mi historia con la oncología empieza hace 17 años, yo tan solo tenía 21 años, y era mi primer contrato en un gran hospital. Cuando voy a firmar el contrato en Recursos Humanos me refieren que en la unidad en la que iba a trabajar era cardiología. Yo muy contento, ya que de las especialidades médicas era una de las que más me gustaba y me dirijo a la unidad. Pero mi alegría se trunca nada más hablar con la supervisora, ya que me refiere que la unidad no es sólo de cardiología, sino que también se encuentran pacientes de hematología y terminales de oncología. Mi cara debió de ser un poema, porque Puri, la supervisora, me dijo que no me preocupara, que todos los compañeros tenían gran experiencia.

Con 21 años, en una ciudad que no conocía, y alejado de mi familia, me pongo a trabajar con mucha ilusión en mi nuevo destino. Desde el primer momento empaticé con los compañeros de la unidad, y con los pacientes. Disfrutaba del trabajo que realizaba día a día, e intentaba ajustar turnos, para juntarlos, y poder disfrutar de los días libres con la familia.

Tras una semana de vacaciones me incorporo a mi turno habitual, y en la habitación 112 cama 1, se encuentra Loli, una paciente de 40 años, diagnosticada de cáncer de mama, en fase terminal. Al verme Loli, siente una gran desconfianza hacia mí, ya que, como me relataría más tarde, que le iba a aportar un “niñato” que no tiene ni idea de nada. Pero ciertamente, con la inexperiencia del

enfermero que ha salido de la escuela de enfermería hace poco tiempo, decido en mis ratos libres hablar con ella y convertir esa desconfianza en cordialidad y llegar incluso a “amistad”. Loli, con el paso de los días iba empeorando, y yo siempre rezaba para que el fatídico desenlace no ocurriera durante mi turno, ya que por el momento no había presenciado ningún éxito, y no estaba preparado para hacerlo con una paciente a la cual le había tomado cariño.

Cuando llegaba a trabajar, lo primero que preguntaba era, ¿Cómo está Loli?, y mis compañeros me contestaban que mal, pero que seguía con nosotros.

Una mañana de Agosto, cuando llego a la unidad, esperaba no encontrarme a Loli ya entre nosotros, pero para mi sorpresa aún estaba en la habitación 112. Me puse con la rutina de trabajo de las mañanas, y comencé a repartir la medicación. Al llegar a la habitación, saludé a Loli como hacía todas las mañanas y broreamos junto con la auxiliar que esa mañana compartía tareas conmigo, estuvimos hablando un poco y me puse a preparar su medicación. Cuando fui a llevársela, comprobé que “ella” ya no estaba entre nosotros.

Siempre se dice, que las personas al morir esperan al momento X o a la persona X para dejarnos, no sé si fue casualidad o no, pero Loli se despidió conmigo.

Con el paso de los años, aún sigo recordándola como si fuera ayer. Es una persona que me ha dejado marcado a lo largo de mi carrera profesional.

Tras esta experiencia, decidí que, mientras estuviese en mis manos, no trabajaría en oncología.

Pero el destino me tendría guardada una sorpresa.

3 años después me destino fue Mallorca, y allí empiezo a trabajar en urgencias de pediatría, primero con contratos, luego interino y finalmente con la plaza. Durante los 9 años que trabajé me ofrecieron en varias ocasiones ser supervisor de la unidad de oncología infantil, y mi respuesta siempre fue no. Pero la cuarta vez que me lo proponen, mi situación familiar había cambiado, y finalmente acepto el reto.

Aún recuerdo el primer día cuando llegué a la unidad, sin tener absolutamente ni idea del niño oncológico, ya que en urgencias lo único que hacíamos era pinchar los port-a-cath. Durante el primer año, me dediqué a estudiar, a conocer bien el personal y adecuar la unidad a mi estilo de trabajar. Mi suerte fue encontrar un equipo joven, desmotivado y con ganas de cambiar!!! Gracias a mi formación complementaria empezamos a hacer nuestros "pinitos" en el mundo de la investigación, y empezamos a tener reconocimientos en el ámbito nacional. Ganamos premios en humanización, en trabajos presentados a congresos, así como quedamos entre los finalistas de varios premios y congresos.

Durante 5 años que he estado como líder de esta unidad, he aprendido mucho, no sólo a nivel profesional, sino también a ser mejor persona. Cuando conocidos y amigos, me preguntan cómo puedo trabajar en esa unidad, yo siempre respondo muy orgullo-

so, que es la mejor unidad en la que he trabajado, que nosotros como enfermeros, una de nuestras funciones es el CUIDAR, y es donde más podemos desarrollarlo, no sólo con nuestros pacientes sino que con sus familiares también, y que lo que ellos nos aportan a nosotros es mucho más de lo que nosotros les damos a ellos. El trabajar en esta unidad, te hace olvidarte de los problemas que tienes, o al menos minimizar su importancia.

Han sido 5 años de trabajo duro, momentos muy buenos, y algún momento malo, pero siempre recordaré a la mayoría de mis pacientes, los que se encuentran sanos, aquellos que siguen luchando, y los que ya no están entre nosotros. Porque un enfermero de pediatría oncológica siempre tiene que estar "maquinando" proyectos nuevos que creen ilusión, en el que implicar al resto de compañeros, e intentar olvidarse de donde se encuentra. A veces es más niño que el propio paciente, aún recuerdo a Paula saltando con Elena en la cama, a Edu haciendo guerras de agua con las jeringas de 10 ml, y tantos y tantos buenos momentos que han quedado grabados en mi retina.

Actualmente, ya no dirijo esta unidad, pero me alegra que me sigan asociando a ella, y a los proyectos que hicimos cuando la lideraba, y los que he dejado al equipo implicado en otros.

Porque nunca se puede decir, de esta agua no beberé, ha sido un orgullo compartir con todos los pacientes y familiares, así como el equipo de enfermería, en un principio aquellos meses de vacaciones en el Hospital Infanta Cristina, y luego en el Hospital Universitario Son Espases, no solo profesionalmente, sino sobre todo como PERSONA!!!

Gracias!!!

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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 contenido, 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 enfermeros 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. PAGINA 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 apar-

tado 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.

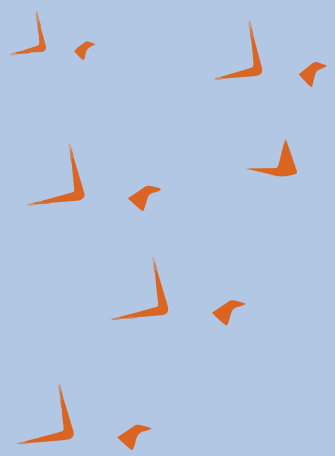
En versión electrónica a:

www.seeo.org

+ Contactar > Publicaciones Revista SEEO

Si no eres socio y deseas recibir nuestra revista de ENFERMERÍA ONCOLÓGICA, te informamos de NUESTRAS TARIFAS:

NÚMERO SUELTO: 22,00 € + gastos de envío · SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números): 73,00 € + gastos de envío.



VALENCIA XVI CONGRESO SEEO

17 AL 20 DE MAYO
2017

INNOVANDO EN CUIDADOS LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN EL EJE DEL CAMBIO



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

www.seeo.org