



Vol. 21 - Nº1 . Mayo 2019

# enfermería oncológica

[www.seeo.org](http://www.seeo.org)

REVISTA OFICIAL  
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA





# ¡¡ASÓCIATE!!

a la Sociedad Española de Enfermería Oncológica

## ¿Por qué?

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

## ¿Qué te proporciona la SEEO?

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

Sociedad Española de Enfermería Oncológica  
[www.seeo.org](http://www.seeo.org)



## Boletín de Suscripción

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Servicio y Centro de Trabajo \_\_\_\_\_

## Forma de pago

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

Banco/C.A. \_\_\_\_\_

Nº de cuenta:

Domicilio \_\_\_\_\_

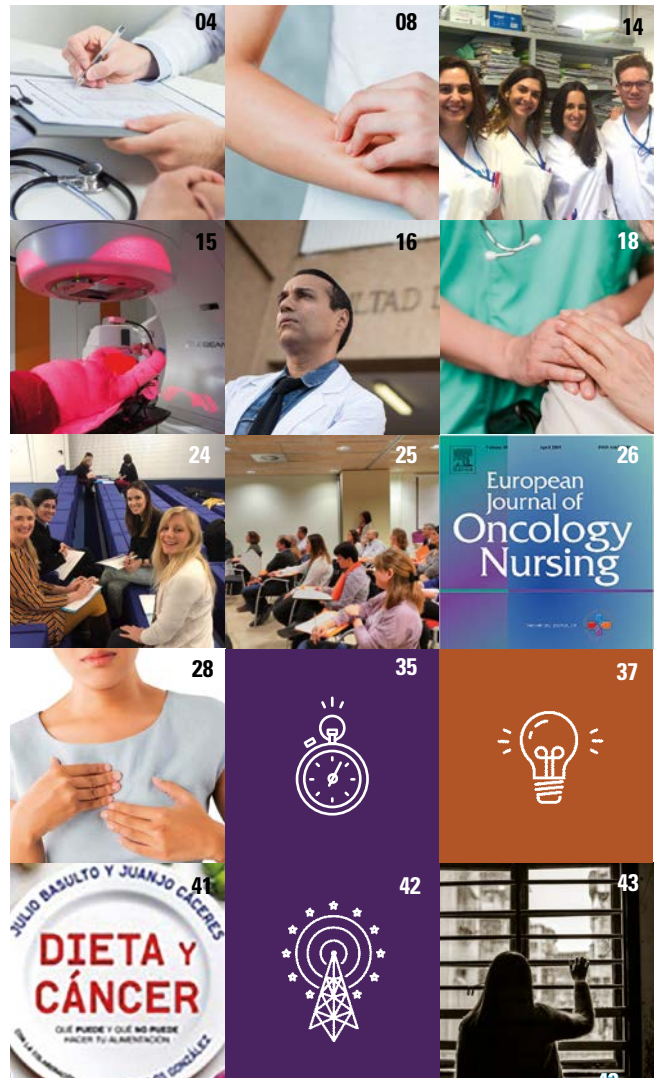
C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TITULAR \_\_\_\_\_

Firma

# sumario

- 04 EDITORIAL
- 08 RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA TOXIDAD CUTÁNEA SECUNDARIA A LA QUIMIOTERAPIA
- 14 NUESTRAS COMPAÑERAS DE... SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL
- 15 TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DE MAMA CON INSPIRACIÓN FORZADA
- 16 ENTREVISTA A... ISHOO BUDHRANI
- 18 MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA EN LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER Y GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS
- 24 LA SEEO ESTUVO EN... EONS YOUNG CANCER NURSES MEETING
- 25 LA SEEO ESTUVO EN... REUNION ONCOHEMATOGERIATRIA
- 26 NOTICIAS DE EUROPA
- 28 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA EDUCATIVA Y SEGUIMIENTO PARA LA MEJORA DE LA FATIGA EN PACIENTES DE CÁNCER DE MAMA EN REVISIÓN
- 35 BREVES
- 36 PÍLDORAS COLECCIONABLES: TOXICIDAD CARDIACA
- 37 ¿SABÍAS QUE?
- 41 NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS
- 42 AGENDA
- 43 RELATO: SOBRAN LAS PALABRAS



**Edita:** Sociedad Española de Enfermería Oncológica, SEEO. Apartado de Correos 21059. 28080 Madrid.  
[www.seeo.org/](http://www.seeo.org/) [info@seeo.org](mailto:info@seeo.org).

**JUNTA DIRECTIVA:** **Presidencia:** Ángeles Peñuelas Saiz **Vicepresidencia:** Nuria Domenech Climent  
**Secretaría General:** Nieves Gil Gómez **Tesorería:** Juan Manuel Gavala Arjona **Secretaría de Actas:** Isabel Magallón Pedrera **Vocales:** Ana Ojer Perea, Julio C de la Torre Montero, Juan Luis Ribes Bernal, Patricia Beorlegui Murillo, Rosario Cumplido Corbacho

**Director-editor jefe:** Julio C. de la Torre Montero

**Subdirectora:** Nuria Doménech Climent

**Comite editorial:** Ana M<sup>a</sup> Palacios Romero, Juan Manuel Gavala Arjona, Nieves Gil Gómez, Rosario Cumplido Corbacho, Rosario Moreno Carmona, Virginia Salinas Pérez, Patricia Beorlegui Murillo

**Diseño y Maquetación:** Nacho Quesada [[www.nachoquesada.com](http://www.nachoquesada.com)].

**Impresión:** Gráficas Jupel [[info@graficasjupel.com](mailto:info@graficasjupel.com)].

**ISSN:** 1576-5520. e-ISSN 2659-2959 Enfermería Oncológica (Internet) **Depósito Legal:** V-1194-2010.

**Indexada en** CIBERINDEX-CUIDEN, DIALNET.

Se permite la reproducción total o parcial, la distribución, la comunicación pública de la obra y la creación de obras derivadas, siempre que no sea con fines comerciales y que se distribuyan bajo la misma licencia que regula la obra original. Es necesario que se reconozca la autoría de la obra original



# EDITORIAL

## LOS CUIDADOS CENTRADOS EN LA PERSONA

Juan Manuel Gávala Arjona. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca / [juanm.gavala@ssib.es](mailto:juanm.gavala@ssib.es)



**D**e unos años a esta parte, se está enfatizando en la importancia de aplicar un modelo de cuidado/atención centrado en la persona, como forma de mejorar la calidad de vida de quienes se encuentran en situación de fragilidad o dependencia, como es el caso de los pacientes oncológicos.

La atención centrada en la persona es una propuesta para la *vida buena* desde la atención profesional. Un modelo para cuidar bien y ganar en calidad de vida de las personas. De quienes necesitan ayudas y apoyos, pero también de los profesionales que se comprometen día tras día con una buena praxis.

Es lo que deseamos las personas, para nuestros familiares y amistades o para nosotros mismos, en el caso de necesitar cuidados.

Cuando hablamos de cuidar, las enfermeras lo hacemos con una visión holística de la persona, garantizando el bienestar físico, psíquico y social del individuo, la familia y la comunidad. Y esto lo hacemos no solo con el manejo y conocimiento de técnicas y planes de cuidados en la curación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en lo que somos diestras, sino también ayudando al otro a crecer y a realizarse, a afrontar las dificultades propias de la vida de forma capaz y comprometida desde diferentes marcos teóricos que nos orientan en esta tarea.

Con más de 16 millones de enfermeras en todo el mundo ocupamos un lugar ideal para producir evidencia y desempeñar un papel de liderazgo en la integración de los cuidados centrados en la persona. Asimismo, la financiación debe estar alineada con los resultados de los pacientes con el fin de posibilitar la eficiencia tanto en términos de dinamismo como de asignación de recursos en enfermería a través de modelos de Cuidados Basados en Evidencia y los mejores resultados para los usuarios. Asimismo, permitirá que los usuarios determinen los servicios que necesitan.

La Estrategia mundial de la OMS sobre los servicios de salud centrados en las personas e integrales representa un llamamiento a favor de un cambio fundamental en la forma en que se financian, se gestionan y se prestan los servicios de salud. Su visión es la de “un futuro en el que todas las personas tienen acceso a servicios de salud prestados de manera que se responda a sus preferencias personales, se coordinen alrededor de sus necesidades y sean seguros, eficaces, oportunos, eficientes y de calidad aceptable a lo largo de su ciclo de vida”.

Cuando nos hablan de *Cuidados centrados en las personas*, se puede generar desconfianza por parte de algunos profesionales

de la salud que entienden que se pueden correr riesgos por respetar las decisiones de las propias personas o dejar en manos de los cuidadores de atención directa algunas decisiones que entienden como propias, y nada más lejos de la realidad. Es aquí donde el profesional enfermero puede desarrollar una amplia labor como docente y formador para una adecuada provisión de cuidados, explicando muy bien dónde están los límites y desarrollando al máximo las capacidades para el cuidado y el auto cuidado de las personas que atienden y que son atendidas.

La enfermera debe por tanto mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad de las personas y sus derechos, garantizando así la aplicación de cuidados con calidad y sensibilidad, ayudando a generar, junto al resto del equipo multidisciplinar que participa en la atención (facultativos, personal auxiliar, cuidadores, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales), el impacto necesario para generar el cambio en el modelo de cuidado a las personas, ya que todos somos piezas indispensables dentro de este modelo.

Lo que ofrece un cuidado integral y centrado en la persona:

- Principio de la autonomía: apoyo para seguir tomando decisiones y tener control en la vida cotidiana.
- Protección y seguridad.
- Cuidados personales.
- Principio de independencia.
- Trato respetuoso.
- Oportunidades de contacto e integración social.
- Estímulo a la realización personal.
- Participación en actividades gratificantes.
- Estimulación y ambiente agradable.
- Orientación y acompañamiento a cuidadores familiares o del hogar.

**“Para curar hay que conocer la enfermedad, para cuidar hay que conocer a la persona”**

(E. Nájera)

# DOSI-FUSER®

Bomba de infusión elastomérica portátil

SEGURIDAD Y CONFIANZA



Infusión   
SOLUCIÓN GLOBAL



Izasa  
Hospital

A Werfen Company

# ChemoLock™

Sistema cerrado de transferencia de medicamentos sin aguja

El primer CSTD sin aguja en recibir la aprobación 510(k) de la FDA para preparación de medicamentos peligrosos (ONB) y de administración a pacientes (FPA).



Establecimiento de un estándar totalmente nuevo relacionado con la seguridad para medicamentos peligrosos

- › Evita el escape de concentraciones de vapores de medicamentos peligrosos al exterior del sistema
- › Bloquea la transferencia de bacterias y de otros contaminantes ambientales al interior del sistema
- › Elimina las lesiones por pinchazo de aguja al tiempo que mantiene la seguridad de los pacientes y el personal sanitario en relación con la exposición a medicamentos peligrosos

Seguridad con solo un clic

**icumedical**  
human connections

AECC y SEEO FIRMAN UN ACUERDO  
DE COLABORACIÓN PARA EL CUIDADO  
DE LOS PACIENTES CON CÁNCER



**aecc**  
Contra el Cáncer



**SEEO**  
Sociedad Española de  
Enfermería Oncológica

El pasado 4 de febrero de 2019 firmamos con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) un acuerdo bilateral para colaborar en aspectos que ambas asociaciones tenemos en común en nuestras misiones.

Con este acuerdo, ambas organizaciones intercambiaremos conocimientos y nos aprovecharemos mutuamente de las experiencias en el sector salud; compartiremos aspectos para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el cáncer; colaboraremos en jornadas y actividades enfocadas a nuestros objetivos; divulgaremos materiales de interés y crearemos sinergias de colaboración en red para los pacientes diagnosticados de cáncer y sus familias.

**xeros**  
dentaid

máxima  
hidratación y cuidado  
de la boca seca

Mejora la calidad de vida de tus  
pacientes con Xerostomía.

*¡Stop!*  
**BOCASECA**

Si estas interesado en solicitar  
muestras gratuitas  
entra en  
[www.xerosdentaid.es](http://www.xerosdentaid.es)  
apartado profesional

**DENTAIID**  
Expertos en Salud Bucal  
[www.dentaid.com](http://www.dentaid.com)





## ARTÍCULO

# RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA TOXIDAD CUTÁNEA SECUNDARIA A LA QUIMIOTERAPIA

## NURSING RECOMMENDATIONS TO SKIN TOXICITY AS A SIDE EFFECT FROM CHEMOTHERAPY

Patricia Bernardo Heras, Marta González Fernández-Conde

Fundación Hospital Santísima Trinidad / Correo electrónico: pattberh@gmail.com

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** Los tratamientos anti-neoplásicos, tienen indiscutibles beneficios sobre todo tipo de tumores. Sin embargo, los efectos secundarios derivados de los mismos, siguen siendo un problema preocupante para los profesionales sanitarios y el paciente.

Las nuevas terapias dirigidas, han aumentado de forma considerable la supervivencia, pero también han sumado toxicidades a las ya existentes. La piel, es una de las más afectadas, resultando importante su prevención y tratamiento.

**OBJETIVO.** El objetivo de este artículo, es elaborar una serie de recomendaciones de enfermería ante la toxicidad cutánea.

**MÉTODO.** Se realiza una revisión bibliográfica sobre la toxicidad cutánea secundaria a la quimioterapia, a través de fuentes de información nacionales e internacionales (*PubMed, Scielo, CINAHL*).

**RESULTADOS.** Se obtuvieron, basándose en la evidencia, recomendaciones de enfermería ante las manifestaciones cutáneas más frecuentes. Entre ellas, rash cutáneo, xerosis, eritrodisestesia palmo-plantar, toxicidad ungüeal y alopecia.

**CONCLUSIONES.** Ante la creciente incidencia de la toxicidad cutánea secundaria a los tratamientos antineoplásicos, enfermería debe estar preparada para su manejo y control. Una formación adecuada del personal en este campo repercutirá directamente sobre el paciente oncológico que desarrolla este tipo de sintomatología, pues, no sólo se ve afectado a nivel estético, sino que ve mermada su calidad de vida.

**Palabras clave:** toxicidad cutánea, quimioterapia, cáncer, recomendaciones, cuidados de enfermería, enfermedades de las uñas.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Antineoplastic treatments have undisputed benefits on all types of tumors. However, side effects remain a worrying problem for healthcare professionals and their patients. New targeted therapies have significantly increased survival nowadays, but they also have side effects to those already in place. The skin is the most affected part by these therapies, becoming a key issue for prevention and treatment.

**OBJECTIVE.** The objective of this project is to elaborate a series of care recommendations to face this toxicity.

**METHOD.** A complete bibliographic review has been carried out about skin toxicity side effect from chemotherapy, by using national and international sources (*PubMed, Scielo, CINAHL*).

**RESULTS.** Nursing recommendations for most important skin effects have been obtained from experience.

Among those effects are skin rash, xerosis, palm-plantar erythrodysesthesia, nail toxicity and alopecia.

**CONCLUSIONS.** The skin toxicity needs to be treated and controlled effectively as it is one of the most frequent side effects to antineoplastic treatments. Due to this, it is important to have the necessary knowledge to treat it. This is not only an esthetic effect, but also a problem that reduces the quality of life of the patient.

**Key words:** skin toxicity, chemotherapy, cancer, recommendations, nursing care, nail diseases.



## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico del cáncer supone un gran impacto para los pacientes, esta palabra de tan solo seis letras marca un antes y un después en su vida desde el momento que el profesional las pronuncia. Las razones por las que es tan temida son, por un lado, su aparición brusca y repentina y, por otro lado, la incertidumbre y miedo que genera la falta de información sobre la enfermedad. Esto supone un malestar y baja autoestima del paciente y su familia, que se suma a la gravedad de la enfermedad de base.<sup>(1)</sup>

La quimioterapia, continúa siendo uno de los tratamientos de elección de todo tipo de cáncer. Sin embargo, se acompaña de un amplio abanico de efectos secundarios que producen malestar en los pacientes.<sup>(1)</sup> Esto se debe a que la quimioterapia, además de que destruye las células cancerígenas, afecta a todos los tejidos del cuerpo produciendo toxicidades en tejidos sanos, sobre todo aquellos cuyas células se reproducen rápidamente.<sup>(2)</sup>

Las nuevas terapias, han añadido toxicidades a las ya existentes en los tratamientos antineoplásicos. Una de ellas es, la toxicidad cutánea, que habiendo sido en numerosas ocasiones infravalorada, hoy en día, está cobrando más importancia, debido al aumento progresivo de su incidencia. Esta supone un nuevo reto para el profesional de enfermería, pudiendo lograr con el manejo sintomático adecuado un aumento de la calidad de vida del paciente con cáncer.<sup>(1)(3)</sup>

Existen diferentes formas de aparición de dicha toxicidad, entre las más frecuentes se encuentran:

- **Erupciones acneiformes o rash cutáneo.** Su frecuencia se encuentra alrededor del 50% de los casos, pudiendo llegar al 70-90% en el caso de tratamiento con anticuerpos monoclonales.

Su modo de aparición es diverso, pero la reacción más común es la que afecta a las áreas seboreicas (tórax, cara, cuello, espalda, cuero cabelludo y zona retroauricular). Alcanza su pico de gravedad durante las primeras dos semanas, desapareciendo en las semanas posteriores a la suspensión del tratamiento, con posibilidad de hiperpigmentación residual.<sup>(1)(4)(5)(6)</sup>

- **Xerosis o xeroderma.** Típico de los inhibidores del factor del crecimiento epidérmico (EGFR). Aparece varias semanas después del inicio del tratamiento, afectando al 25% de los pacientes. Clínica: sequedad, descamación y prurito, pudiendo derivar en una infección secundaria. Algunos síntomas acompañantes son la sequedad vaginal y la disuria.<sup>(1)(4)(6)(7)</sup>
- **Eritrodisestesia palmo-plantar.** Aparece sobre todo secundario a análogos de las pirimidinas (capecitabina y fluorouracilo). Surge principalmente pasados los primeros 2-3 ciclos. Afecta a la epidermis de las palmas y las plantas por toxicidad sobre los queratinocitos. Clínica: parestesias, entumecimiento u hormigueos, eritema, hipersensibilidad, hinchazón y dolor, pudiendo desencadenar en flictenas y descamación del área afectada.<sup>(3)(7)(8)(9)</sup>
- **Dermatitis.** Muy frecuente secundaria a la radioterapia (radiodermatitis o *radiation recall*). Las terapias combinadas con radioterapia y quimioterapia, exacerban la toxicidad. Esto desencadena una reacción cutánea inflamatoria con eritema, edema, descamación, ampollas de contenido seroso y en casos graves, necrosis del tejido.<sup>(2)</sup>

- **Fotosensibilidad.** En forma de alergia o hipersensibilidad a la luz solar, secundaria a la quimioterapia. Clínica: pigmentaciones anómalas, eritema o erupciones severas. Las reacciones suelen ser recurrentes, incluso una vez que desaparecen por completo.<sup>(2)</sup>
- **Toxicidad ungueal.** Siendo los anejos cutáneos especialmente susceptibles a la quimioterapia. Las uñas pueden adoptar una coloración anómala, mostrarse quebradizas, con hendiduras y malformaciones físicas (líneas de Beau, onicomadesis, leuconiquia, melanoniquia); e incluso pudiendo llegar al desprendimiento del lecho ungueal (onicólisis, paroniquia).<sup>(1)(9)(10)(11)(12)</sup>
- **Telangiectasias.** Conocidas como arañas vasculares y consecuencia, de la dilatación de los vasos sanguíneos superficiales. Aparecen principalmente en la cara y área superior del tórax, y con menos frecuencia en la espalda, orejas y extremidades. En pacientes con rash cutáneo, pueden aparecer telangiectasias diseminadas. Las lesiones desaparecen con el tiempo, pero suele quedar hiperpigmentación residual con empeoramiento a la exposición solar.<sup>(4)</sup>
- **Alopecia.** Afecta al 90% del cabello en crecimiento. Tiene lugar entre las primeras 2-3 semanas desde el inicio del tratamiento, y resulta reversible en la mayoría de los casos volviendo a la normalidad pasados 3-4 meses del cese del tratamiento.<sup>(13)(14)</sup>

Otros síntomas cutáneos menos frecuentes son: hidradenitis ecrina neutrofílica, siringometaplasia ecrina escamosa y tricomegalia.<sup>(2)</sup>

## OBJETIVOS

El **objetivo general** de este estudio, es realizar una revisión actualizada de los efectos que los tratamientos quimioterápicos tienen sobre la piel del paciente oncológico. Con ello, desarrollar recomendaciones de enfermería para su prevención y tratamiento, mejorando la calidad de vida del

enfermo. De esta manera, poder proporcionar directrices para profesionales sanitarios, acerca del correcto manejo de la toxicidad cutánea. Del mismo modo, se establecen unos **objetivos específicos** que se pretenden abordar con el estudio como son, conocer los aspectos signifi-

cativos y la importancia de la toxicidad cutánea, evaluar el tipo y la frecuencia de aparición de cada una de las reacciones cutáneas, y por último, subrayar el papel clave que desempeña enfermería en este tema.

## MÉTODO

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre la toxicidad cutánea secundaria al tratamiento de quimioterapia.

Las palabras claves (*key words*) utilizadas fueron: “skin toxicity”, “chemotherapy”, “recommendations”, “nail diseases”, “chemically induced”, “nursing care”, “quimioterapia”, “toxicidad cutánea”, “cáncer”, “cuidados de enfermería”. La búsqueda bibliográfica, se delimito mediante la combinación de estos descriptores para detallar las estrategias de búsqueda.

Los operadores booleanos utilizados han sido “AND” y “OR”. Utilizando la palabra “AND” para acortar la búsqueda y hacerla más específica; mientras que “OR” ha sido utilizado para englobar palabras con significado similar.

Los criterios de inclusión se han basado en la selección de la literatura que trata sobre el tema de estudio. Se incluyeron artículos publicados en español e inglés disponibles en texto completo. También, se admitieron publicaciones con una antigüedad máxima de diez años.

La elección de los artículos se ha llevado a cabo mediante una lectura previa del re-

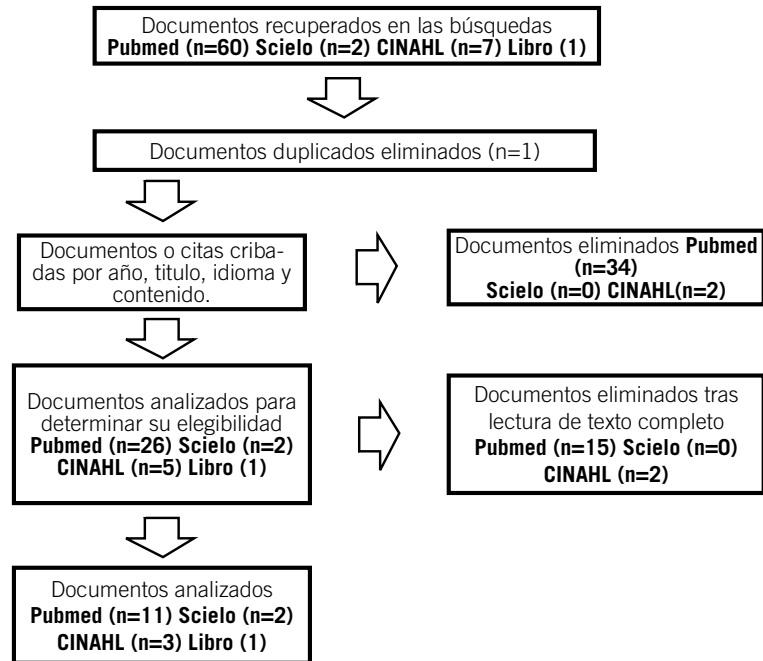


FIGURA 1. Diagrama de flujo de la información incluida

sumen y las conclusiones, excluyéndose aquellos que no trataban sobre el tema en cuestión.

En la (figura 1), se expone un flujograma con los artículos que fueron seleccionados por su relevancia para la elaboración del presente estudio.

## RESULTADOS

En los últimos años, son múltiples los avances en el desarrollo de tratamientos quimioterápicos que ofrecen un mayor control de los tumores. Los esquemas de tratamiento utilizados son muy variados. Sin embargo, actualmente, las nuevas dianas de tratamiento tienen gran repercusión dermatológica. (1)(3) En especial, las terapias dirigidas e inmunoterapia.

La severidad de estas reacciones depende de una serie de factores, tanto los propios del paciente, como los relacionados con el tipo de fármaco y su dosis. Estas reacciones cutáneas no suelen ser graves, siendo en raras ocasiones, necesaria la suspensión del tratamiento. (1) A pesar de ello, suponen una gran morbilidad con importante peso en la calidad de vida del paciente. (6) Muchas de ellas pueden ser controladas adecuadamente con medidas de prevención y ajuste de dosis. (3)

Por todo ello, resulta un nuevo reto para los profesionales de oncología, dada la importancia que tiene el manejo sintomático para aumentar la calidad de vida del paciente y optimizar los resultados esperados. (5)

### ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA TOXICIDAD DÉRMICA DE LA QUIMIOTERAPIA

El personal de enfermería, debe de contar con conocimientos básicos sobre los posibles efectos adversos dermatológicos, llevando a cabo un seguimiento para la detección y tratamiento de forma temprana. La enfermera/o, debe prestar cuidados de enfermería y educación al paciente oncológico, consiguiendo un aumento de su autoestima y calidad de vida. (6)

Las complicaciones cutáneas más frecuentes son:

#### Erupciones acneiformes o rash cutáneo

Ocurre con frecuencia en los pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia. Las

zonas de aparición de las mismas, aunque suelen ser localizadas, dependen de cada persona y también del tipo de antineoplásico. (2)

La prevención, se consigue mediante la modificación de la conducta y una serie de pautas básicas de cuidado. Algunas recomendaciones son: (6) (7) (8)

- Evitar el uso de compuestos que contengan peróxido de benzoilo, retinoides tópicos (tretinoína, adapaleno, tazaroteno) y todos aquellos que contengan alcohol.
- Desaconsejados los productos comercializados para el acné y aquellos que sean altamente alergénicos.
- Usar protección frente a los rayos ultravioleta (UV).
- Recomendado el uso de lociones con urea 5-10%.
- Indicado el uso del maquillaje comercializado para cubrir lesiones

**Tabla 1. Recomendaciones según la severidad de la reacción acneica <sup>15</sup>.**

EXANTEMA GRADO 1	EXANTEMA GRADO 2	EXANTEMA GRADO 3 Y 4
<p>Medidas básicas de cuidado (jabones antisépticos o limpiadores cutáneos, e hidratación con emolientes).</p> <p>Protección solar.</p> <p>Antibioterapia tópica (metronidazol, nadifloxacina).</p>	<p>Medidas exantema grado 1.</p> <p>Si lesiones/heridas, realizar cura diaria.</p> <p>Glucocorticoides tópicos (prednicar-bato).</p>	<p>Medidas grado 1 y 2.</p> <p>Eficacia demostrada en el uso profiláctico de tetraciclina oral (minociclina o doxiciclina), para reducir severidad.</p> <p>Derivación al dermatólogo.</p> <p>Reducción/ajuste de la dosis o interrupción temporal del tratamiento.</p> <p>Si cuadro grave, considerar el uso de antihistamínicos, corticoides y antibiótico.</p>

cutáneas (maquillaje no oclusivo) en exantemas de grado 1 y 2.

Las medidas farmacológicas de la reacción acneiforme, se utilizarán en función del grado de severidad de la misma (**tabla 1**). <sup>(11) (15)</sup>

**Xerosis**

La sequedad de la piel secundaria a la quimioterapia, también es un efecto común entre los pacientes oncológicos. <sup>(1)(4)</sup>

Algunas de las recomendaciones de enfermería son: <sup>(6) (7) (11)</sup>

- Evitar jabones irritantes, ungüentos, tiempos excesivos de ducha y agua caliente.
- Usar limpiadores cutáneos (pH 5.5)
- Aconsejado el uso diario de emolientes. En especial, los que contienen 5-10% de urea (crema de cetomacrogol).
- Uso de corticoides sobre el eccema según severidad.
- Uso de emolientes frecuentes combinados con corticoides moderados, en caso de fisuras o pulpitis.
- En caso de ligera infección, cremas con antiséptico para evitar infecciones.
- Indicado el uso de aceites de ducha o aceite en agua tibia.
- Evitar la exposición al sol, para descartar posibles pigmentaciones anómalas. Uso frecuente de protección solar.

**Eritrodisestesia palmo-plantar**

La eritrodisestesia palmo-plantar es comúnmente llamada síndrome mano pie, y es frecuente sobre todo en algunos análogos de las pirimidinas. <sup>(3)</sup> Existe una afectación de la epidermis de las palmas y las plantas, acompañado de hipersensibilidad, eritema, entumecimiento y dolor, entre otros. Su reconocimiento temprano es primordial, debido a que su evolución puede suponer una gran limitación en la vida del paciente oncológico. <sup>(7)</sup>

Diversos estudios refieren que este problema puede evitarse, adoptando hábitos de cuidado de las manos y los pies. De esta manera, algunas de las recomendaciones son: <sup>(8) (9) (19)</sup>

- Evitar el agua muy caliente para ducharse/bañarse, lavar los platos o cualquier acción que suponga sumergir las palmas de las manos o las plantas de los pies en temperaturas elevadas.
- Mantener un ambiente confortable, en lugares frescos.
- Evitar zapatos incómodos o mal ajustados.
- Mantener una hidratación extra en manos y pies.
- Usar ropa holgada y de algodón.
- Evitar cortes o lesiones cutáneas, para prevenir infección.
- Evitar el ejercicio excesivo, en especial en días posteriores al ciclo.
- Se aconseja sumergir los pies y manos en agua fría, a modo de calmante.
- Desaconsejado el contacto directo con los rayos ultravioletas (UV).

- Evitar uso de cremas o anestésicos con difenhidramina.

Se constituyen unas intervenciones que se exponen en la (**tabla 2**). <sup>(10) (13)</sup>

**Toxicidad ungueal**

La quimioterapia tiene gran repercusión sobre las uñas, debido a la continua división de las células de la matriz ungueal. En ocasiones, estos problemas no están acompañados de sintomatología alguna y solo suponen daños estéticos. Sin embargo, otros pueden suponer malestar y dolor en el paciente oncológico resultándole limitante para realizar las actividades de la vida diaria. <sup>(6)</sup>

Los cambios suelen ser temporales desapareciendo tras el cese del tratamiento causante, a excepción de algunas ocasiones, en las que estos se convierten en permanentes. Del mismo modo, puede implicar varias o todas las uñas. <sup>(10)</sup>

Las uñas suelen adquirir coloraciones inusuales o anormales, parecer quebradizas rompiéndose con facilidad y adoptar un crecimiento lento. También, la aparición de líneas y hendiduras en la uñas suelen acompañar al número de ciclos recibidos por el paciente. <sup>(12)</sup>

La zona periungueal, se muestra con extrema sequedad y sensible. Además, en casos graves, el paciente puede llegar a perder la uña, generándose un foco importante de infección. <sup>(16)</sup>

El cuidado de las uñas es importante cuando se empieza un tratamiento con quimioterapia. Previamente, al inicio de los ciclos, el paciente debe de ser informado y educado acerca de las posibles complicaciones sobre las uñas que puede sufrir, así

**Tabla 2. Recomendaciones según el grado de eritrodisestesia palmo-plantar.** <sup>(9)</sup>

GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
<p>Vigilar la gravedad de la reacción.</p> <p>Esteroides tópicos y cremas con urea o ácido salicílico.</p> <p>Enseñar al paciente a detectar complicaciones y pedir ayuda médica.</p> <p>Seguimiento/control periódico de la toxicidad por enfermería.</p>	<p>Vigilar la severidad/modificar la dosis si precisa.</p> <p>Esteroides tópicos potentes.</p> <p>Manejo del dolor según grado (analgésicos, esteroides).</p> <p>Algunos estudios demuestran, que elevando las extremidades durante la infusión, aplicación de frío y administrando piridoxina oral, el síndrome mejora y aumenta la tolerancia al tratamiento.</p> <p>Seguimiento de la evolución.</p>	<p>Interrupción del tratamiento hasta mejora, al menos grado 1.</p> <p>Esteroides tópicos potentes.</p> <p>Manejo adecuado del dolor.</p> <p>Valorar varias semanas después, si el síndrome no mejora o empeora, supone la suspensión definitiva de dicho tratamiento y búsqueda de otras alternativas.</p>

como la manera adecuada de actuar ante ellas. De nuevo, la figura de la enfermera es principal, siendo la responsable de proporcionar medidas preventivas. <sup>(12) (15)</sup>

Algunas de las recomendaciones de enfermería en el cuidado de las uñas son: <sup>(12) (16)</sup>

- Evitar retirar las cutículas. Se recomienda el uso de quitacutículas en crema o gel.
- Recomendable mantener las uñas cortas.
- Usar antisépticos para la higiene de las uñas.
- Evitar morder las uñas o las cutículas.
- Mantener hidratada la zona periungueal con cremas o lociones hidratantes, para evitar la sequedad y agrietamiento.
- Uso de zapatos cómodos, evitando la presión o fricción sobre las uñas.
- Uso de guantes para realizar las actividades del hogar. No se recomienda, el contacto excesivo con el agua, ni tampoco con los productos de limpieza.
- Uso de esmaltes endurecedores de uñas, para mantenerlas fuertes evitando que se rompan. Para retirar el esmalte, desaconsejado el uso de quitaesmalte con acetona ya que exagera la sequedad de la uña.
- Evitar el uso de uñas postizas o esmaltes permanentes, aumentan la posibilidad de infección en el lecho ungueal.
- Si existe infección, aplicación tópica local con antimicrobianos y antibiótico oral, según antibiograma.

- Educar al paciente acerca de que si observa un empeoramiento, infección o inflamación solicite atención médica.
- Resulta beneficioso el uso de nitrato de plata en caso de granuloma piógeno.
- Está demostrado, que en la paroniquia la administración tópica de corticoides junto con antibióticos ha resultado ser beneficioso. Asimismo, se recomienda el uso frecuente de antisépticos, porque la paroniquia es muy susceptible de infección. <sup>(6)</sup>
- Existe un estudio que demuestra, que la aplicación de crioterapia mediante calcetines y guantes congelados en pacientes en tratamiento con docetaxel, resulta beneficioso en la prevención de la toxicidad sobre las uñas. <sup>(18)</sup>

**Alopecia**

Se trata del efecto secundario más temido por todos los pacientes que comienzan su tratamiento con quimioterapia. Es producida por el daño que producen los fármacos anti-neoplásicos sobre el folículo piloso, lo destruye y provoca la caída de pelo. <sup>(1)</sup>

En ambos sexos, tiene una gran repercusión psicológica y social. Sin embargo, es en el caso de la mujer en el que tiene un peso mayor. Supone un cambio drástico de su imagen corporal, que le produce inseguridad y falta de autoestima. Lo reconocen como un “signo” de la enfermedad. Además, incluso después de terminar con el tratamiento quimioterápico, esa sensación no les desaparece hasta el crecimiento del pelo. <sup>(13)</sup>

El papel de enfermería en este caso es crucial, proporcionando al paciente toda la

información necesaria, resolviendo sus dudas, ayudándole en la toma de decisiones y acompañándole durante todo el proceso.

Algunas recomendaciones de enfermería son: <sup>(13) (14)</sup>

- Explicarle el grado en el que el tratamiento prescrito afectará a su pelo, cuando comenzará a caer y la manera en que se producirá la caída.
- En la alopecia total, aconsejarle el afeitado del cabello antes de que se caiga por completo, ya que esto conlleva un sufrimiento adicional.
- Ofrecerle las distintas opciones para sustituir el pelo: pelucas, gorros, gorras, pañuelos. En este caso, es de ayuda enseñarles, sobre todo a las mujeres, vídeos en los que vean las diferentes posibilidades y, pueda aprender a utilizarlos. El personal de enfermería, tiene que intentar que la paciente se vaya a casa sin dudas, y proporcionarle información para que la consulte detenidamente. También, es importante ayudar a la paciente a que aprenda a buscar otras facetas suyas, y vea esta una oportunidad de cambio en su imagen.
- Proporcionar las direcciones de compañías comerciales dedicadas a ello, en las que pueden encontrar todo tipo de complementos y asesoramiento.
- Algunos estudios actuales recomiendan el uso de la crioterapia para reducir la alopecia. Ya hay estudios que objetivan la eficacia de esta, en pacientes en tratamiento con taxanos. <sup>(20)</sup>

- Recordar la importancia de la hidratación del cuero cabelludo con lociones o aceites y dejar que respire al menos 6 horas al día.
- Uso de champús o jabones con pH neutro, para evitar la irritación del cuero cabelludo.
- Desaconsejados todos los productos para el pelo tipo tintes, incluidos los vegetales.
- Llevar a cabo una dieta equilibrada, ayudará a mantener el cabello fuerte.

## CONCLUSIONES

La toxicidad cutánea, en la actualidad, está cobrando mayor importancia. Las manifestaciones de esta toxicidad, ade-

más del daño estético que producen, suelen afectar a la autoestima y calidad de vida del paciente oncológico.

Sin embargo, este problema aun presente en numerosos hospitales, puede prevenirse.

## BIBLIOGRAFÍA

- Dreno B, Bensadoun RJ, Humbert P, Krutmann J, Luger T, Triller R, et al. Algorithm for dermocosmetic use in the management of cutaneous side-effects associated with targeted therapy in oncology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. septiembre de 2013;27(9):1071-80.
- Allevato, M. Efectos adversos cutáneos de la terapia antineoplásica. *Act Terap Dermatol* [Internet]. 2008 [citado 16 de marzo de 2018];31(78). Disponible en: [http://www.atdermae.com/pdfs/atd\\_31\\_02\\_02.pdf](http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_02_02.pdf)
- Grenon NN, Chan J. Managing toxicities associated with colorectal cancer chemotherapy and targeted therapy: a new guide for nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [Internet]. junio de 2009 [citado 24 de marzo de 2018];13(3):285-96. Disponible en: <https://ezproxy.upsa.es/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105355186&site=ehost-live&scope=site>
- Bensadoun R-J, Humbert P, Krutman J, Luger T, Triller R, Rougier A, et al. Daily baseline skin care in the prevention, treatment, and supportive care of skin toxicity in oncology patients: recommendations from a multinational expert panel. *Cancer Manag Res*. 2013;5:401-8.
- Sibaud V, Lebœuf NR, Roche H, Belum VR, Gladieff L, Deslandres M, et al. Dermatological adverse events with taxane chemotherapy. *Eur J Dermatol* [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 12 de febrero de 2018];26(5):427-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5526115/>
- Ehmann LM, Ruzicka T, Wollenberg A. Cutaneous side-effects of inhibitors and their management. *Skin Therapy Lett*. enero de 2011;16(1):1-3.
- Kozuki T. Skin problems and EGFR-tyrosine kinase inhibitor. *Jpn J Clin Oncol* [Internet]. abril de 2016 [citado 12 de febrero de 2018];46(4):291-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886131/>
- Kollmannsberger C, Bjarnason G, Burnett P, Creel P, Davis M, Dawson N, et al. Sunitinib in metastatic renal cell carcinoma: recommendations for management of noncardiovascular toxicities. *Oncologist*. 2011;16(5):543-53.
- Vaccaro M, Barbuza O, Guarneri F, Guarneri B. Nail and periungual toxicity following capecitabine therapy. *Br J Clin Pharmacol*. Agosto de 2008;66(2):325-6.
- Gómez Bernal A. Tratamiento sistémico del cáncer (I): Quimioterapia. En: Cruz Hernández JJ, Rodríguez Sánchez CA, Del Barco Morillo E, editores. *Oncología Clínica*. 5a edición. Madrid: Grupo Aula Médica; 2012. 159-161 p.
- Pinto C, Barone CA, Girolomoni G, Russi EG, Merlano MC, Ferrari D, et al. Management of skin toxicity associated with cetuximab treatment in combination with chemotherapy or radiotherapy. *Oncologist*. 2011;16(2):228-38.
- Gilbar P, Hain A, Peereboom V. Nail toxicity induced by cancer chemotherapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice* [Internet]. Septiembre de 2009 [citado 6 de marzo de 2018];15(3):143-55. Disponible en: <https://ezproxy.upsa.es/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105434260&site=ehost-live&scope=site>
- Pilkington M. Supporting patients who are affected by chemotherapy-induced hair loss. *Journal of Aesthetic Nursing* [Internet]. noviembre de 2013 [citado 12 de marzo de 2018];2(9):456-7. Disponible en: <https://ezproxy.upsa.es/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=91856106&site=ehost-live&scope=site>
- Young A, Arif A. The use of scalp cooling for chemotherapy-induced hair loss. *British Journal of Nursing* [Internet]. 26 de mayo de 2016 [citado 12 de marzo de 2018];25(10):S22-7. Disponible en: <https://ezproxy.upsa.es/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=115775885&site=ehost-live&scope=site>
- Jordan K, Feyer P, Höller U, Link H, Wörmann B, Jahn F. Supportive Treatments for Patients with Cancer. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. julio de 2017 [citado 21 de marzo de 2018];114(27-28):481-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5545632/>
- Swenson KK, Bell EM, Nissen J. Nail Toxicity Associated With Paclitaxel Treatment for Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum* [Internet]. enero de 2013 [citado 26 de marzo de 2018];40(1):17-9. Disponible en: <https://ezproxy.upsa.es/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104406051&site=ehost-live&scope=site>
- García S, L J, Lima Pérez M, González González J, Batista Albuérne N, Barbán Suárez R, et al. Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia antineoplásica: Guía de tratamiento. *Revista Cubana de Medicina* [Internet]. junio de 2006 [citado 27 de febrero de 2018];45(2):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75232006000200007&lng=es&nrm=iso&tng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232006000200007&lng=es&nrm=iso&tng=es)
- Cuevas-González MV, Echevarría-y-Pérez E, Díaz-Aguirre CM, Cuevas-González JC. Tratamiento de la Mucositis Oral en Pacientes Oncológicos: Revisión de la Literatura y Experiencia en el Hospital General de México. *International journal of odontostomatology* [Internet]. agosto de 2015 [citado 28 de febrero de 2018];9(2):289-94. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-381X2015000200016&lng=es&nrm=iso&tng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-381X2015000200016&lng=es&nrm=iso&tng=es)
- Thatcher N, Nicolson M, Groves RW, Steele J, Eaby B, Dunlop J, et al. Expert consensus on the management of erlotinib-associated cutaneous toxicity in the u.k. *Oncologist*. agosto de 2009;14(8):840-7.
- Martín M, de la Torre-Montero JC, López-Tarruella S, Pinilla K, Casado A, Fernandez S, et al. Persistent major alopecia following adjuvant docetaxel for breast cancer: incidence, characteristics, and prevention with scalp cooling. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2018 [citado 6 de diciembre de 2018];171(3):627-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6133184/>



## NUESTROS COMPAÑEROS DE...

### *Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal*

El servicio de Oncología Médica del Hospital Ramón y Cajal se encuentra ubicado en el sótano 2 derecha con un acceso directo a la calle, tanto al parking del propio Hospital, así como a la estación de Renfe. Este departamento da servicio a la zona Noreste de Madrid. Está acreditado como un servicio de “excelencia” en la asistencia a pacientes con la Certificación QOPI (ASCO-ECO) y con el Sello de Calidad en información al paciente con cáncer de mama, entre otras certificaciones.

El equipo que hace latir este departamento está formado por administrativos, los cuales facilitan a los pacientes la citación integral en todos los departamentos del hospital; auxiliares de enfermería, encargados de la acogida del paciente; oncólogos médicos y residentes de oncología que día a día se vuelcan en la atención integral y completa del paciente; la enfermera de la Unidad de Cáncer familiar; y los enfermeros de ensayos clínicos, destinados en exclusividad a los pacientes que se encuentran participando en dichos ensayos. Además, cuentan con el apoyo de enfermeras del departamento de extracciones centrales y de hospital de día médico. Estas últimas, junto con los enfermeros de ensayo, permiten al paciente la realización de la extracción de sangre en el mismo servicio evitando así, junto con las administrativas, que el paciente no tenga que desplazarse innecesariamente por un hospital de tales dimensiones.

Respecto al servicio de Oncología Médica, actualmente dispone de las unidades de Mama y Ovario, Genitourinario y Neuroendocrino, Pulmón, Melanoma y Cabeza y Cuello, así como Digestivo, Sistema Nervioso y Sarcomas. Todas ellas se centran en sus propias patologías, pero a la vez participan en otra unidad de carácter transversal denominada Cáncer Familiar. Dicha unidad está destinada al estudio del posible origen hereditario de las patologías. Por otro lado, también se trabaja con el laboratorio de Oncología Traslacional, cuya motivación es la de conocer el origen y la biología de los tumores malignos, sus biomarcadores pronósticos y terapéuticos y así garantizar una mejor aproximación terapéutica al paciente.

Además de las consultas externas de oncología, el departamento cuenta, por un lado, con la parte de hospitalización, llevada por los mismos oncólogos para garantizar la continuidad en el cuidado del paciente. Esta planta cuenta con 35 camas de hospitalización que prestan una atención continuada los 365 días del año sin descanso, mediante guardias de presencia física de 24 horas, de un oncólogo y un residente. Por otro lado, también colabora con el hospital de día médico, el cual dispone de 6 camas y 30 sillones para dar servicio a todo el hospital permitiendo que oncología pueda administrar los tratamientos intravenosos a sus pacientes oncológicos y con el servicio de Farmacia para la administración oral de fármacos anti-tumorales y colaboración en los ensayos clínicos.

Cabe destacar el posicionamiento internacional que el Hospital Universitario Ramón y Cajal tiene en la investigación clínica, un rasgo característico gracias al buen hacer de todos sus profesionales y el desarrollo de una Oficina de Ensayos Clínicos (O.D.E.C.). Esta oficina, además de contar con los enfermeros de ensayos clínicos citados anteriormente, se encuentra formada por profesionales del manejo de los datos clínicos y analíticos propios de los estudios mencionados. Ellos son los encargados de dar sopor-



te para la puesta en marcha y desarrollo junto con los médicos y enfermeros, de los protocolos de investigación clínica, velando en todo momento tanto por la seguridad del paciente y la cumplimentación exhaustiva de los requerimientos del estudio, como por la veracidad de todo lo que ocurre durante este proceso. En especial, cabe destacar las funciones de los enfermeros de ensayo. Estos compañeros son los encargados de la extracción de muestras, la educación al paciente en los procedimientos de ensayo, el envío internacional del material necesario para el promotor, así como de la administración de los fármacos de investigación. Son un equipo formado por profesionales conscientes de la importancia de la investigación en oncología, una nueva oportunidad que se le ofrece al paciente oncológico, pero también en el campo de la enfermería, promoviendo continuamente diferentes proyectos en pro del paciente y del equipo.

La hospitalización, las consultas y el hospital de día médico, tienen presente a un equipo de enfermería formado en oncología y con un elevado porcentaje de miembros de la SEEO, permitiéndoles así estar al día de las innovaciones en el campo de la enfermería oncológica. Además, cabe resaltar que el equipo en su totalidad está formado por expertos de alta calidad no solo profesional sino también humana, que son conscientes de la importancia de la investigación y de la formación continuada. Son ejemplo de trabajo en equipo con otros departamentos como Farmacia, Hospital de Día Médico, Hospitalización, Radiodiagnóstico, Urología, Ginecología, etc., trabajando activamente con los pacientes y creando grupos de trabajo y apoyo.

Para los gestores del servicio es indispensable que los profesionales sean coordinados de manera meticulosa para poder dar al paciente la atención necesaria no solamente satisfaciendo sus necesidades derivadas del tratamiento o del control de la enfermedad si no de una manera holística, atendiendo sus aspectos personales, familiares, sociales, emocionales, etc. Es por esto que se encuentran en continua readaptación de los recursos y servicios para poder ofrecer al paciente la mejor atención.



# TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DE MAMA CON INSPIRACIÓN FORZADA

Paula Maestro Lorente Enfermera. Institut Catala d'Oncologia ICO. Barcelona.

El objetivo principal de la radioterapia en el cáncer de mama es utilizar las radiaciones ionizantes e irradiar el volumen mamario prescrito y a la dosis recomendada como tratamiento complementario; pero es igualmente esencial irradiar a la mínima dosis los tejidos sanos vecinos, especialmente pulmones y corazón, si bien, cada vez se estudia mejor esa toxicidad, donde los biomarcadores juegan un importante papel <sup>(1)</sup>.

Los volúmenes diseñados en las mamas se tratan de aéreas móviles, es decir, varían su posición a medida que la paciente va respirando. En los tratamientos convencionales, esto obliga a ampliar el campo de irradiación, ya que, si no se hiciera, habría momentos en los que el volumen mamario no se irradiaría de manera completa por el movimiento respiratorio de la paciente. Esto implica también una mayor lesión del tejido sano que circunda como son el pulmón ipsilateral y el corazón en el caso de la mama izquierda.

En la actualidad se ha ido mejorado el tratamiento ya clásico <sup>(2)</sup> con radioterapia para este tipo de irradiaciones mamarias, **la inspiración forzada**. Esta técnica está basada en detectar los movimientos respiratorios de la paciente para “perseguir” el área diseñada. Se realizan dos tomografías axiales computarizadas para planificar el tratamiento, uno donde la paciente respira de manera normal, y otro que permite fijar el área y los demás órganos en un momento determinado del ciclo respiratorio, normalmente en la inspiración. El objetivo es separar la zona de tratamiento del pulmón y el corazón aumentando la distancia al área irradiada al elevar la caja torácica<sup>(3)</sup>.

El tratamiento se basará en irradiar únicamente mientras la paciente se encuentra haciendo una apnea en el momento de la inspiración, guiado por un sistema informático que le permite ver a la propia paciente y al equipo asistencial cuánta cantidad de aire tiene que inspirar para encontrarse anatómicamente igual que el día del TAC de planificación.

Esta detección se realiza con haces de luz infrarroja situados en el techo y que detectan el contorno de la caja torácica, el volumen inspirado (siempre el mismo) y la situación de mantenimiento en apnea. Para optimizar en precisión y seguridad, si se alteran alguno de estos parámetros el tratamiento se detiene automáticamente.

Esta técnica permite que la dosis de radiación que el pulmón y el corazón reciben por la cercanía al campo de tratamiento sea menor o incluso inexistente. Los inconvenientes que encontramos es que no todas las máquinas de radioterapia son válidas para realizar este tipo de técnica, se ha de disponer de equipos específicos para ello. Además, la paciente tiene que ser capaz de reproducir y mantener la apnea realizada el día de la planificación.

Recordemos que los posibles efectos adversos a corto y medio plazo a nivel pulmonar pueden pasar por una neumonitis o una pericarditis en la irradiación cardiaca. El equipo de enfermería es el encargado de informar y controlar los efectos secundarios del tratamiento. Para ello es importante realizar una buena educa-

ción sanitaria sobre los cuidados antes, durante, y después de la irradiación.

Es importante recordar que los efectos secundarios aparecerán en la piel, una moderada inflamación de tejido mamario, disfagia leve en irradiación de áreas ganglionares supraclaviculares de la mama irradiada, etc. Pero en esta técnica en especial, además se añade una importante labor de comunicación y educación sanitaria.

La primera visita en que enfermería se reúne con la paciente es el día de la planificación, donde se realiza la acogida enfermera, se informa de los cuidados pretratamiento, y es clave la información del por qué de la técnica propuesta para aumentar su adherencia y colaboración con la resolución de dudas.

Una de las visitas básicas, es el día del inicio de la terapia, donde ya se saben todos los detalles sobre el tratamiento, como la dosis, tejido irradiado y número de sesiones. Es el momento donde se intenta reproducir la situación anatómica del día del TAC y la fisiológica (ciclo respiratorio y apnea).

Posteriormente se programan controles de seguimiento médico y enfermería, de manera que cada semana el paciente será controlado por uno de los dos profesionales. Se trata de hacer del tratamiento una situación cómoda y llevadera, resolviendo todas las dudas, escuchando la situación de cada paciente e individualizando y personalizando las visitas.

<sup>(1)</sup> Gkantaifi A, Papadopoulos C, Spyropoulou D, Toumpourleka M, Iliadis G, Kardamakis D, et al. Breast Radiotherapy and Early Adverse Cardiac Effects. The Role of Serum Biomarkers and Strain Echocardiography. *Anticancer Res* 2019 Apr;39(4):1667-1673.

<sup>(2)</sup> Castaneda SA, Strasser J. Updates in the Treatment of Breast Cancer with Radiotherapy. *Surg Oncol Clin N Am* 2017 07;26(3):371-382.

<sup>(3)</sup> Kaidar-Person O, Zagar TM, Oldan JD, Matney J, Jones EL, Das S, et al. Early cardiac perfusion defects after left-sided radiation therapy for breast cancer: is there a volume response? *Breast Cancer Res Treat* 2017 Jul;164(2):253-262.





# ENTREVISTA A...

## Ishoo Budhrani

Julio de la Torre



*Licenciado en Farmacia por la ULL. Farmacéutico en la Provincia de Santa Cruz De Tenerife, en el Municipio de Los Realejos. Miembro fundador de PedyFarma, Autor de SaludCanarias, miembro de Proyecto Honcor. Creador de JuntosXTuSalud y #JuntosXElCáncer. <https://juntosxtusalud.com/juntosxelcancer>*

En este número de la revista SEEO entrevistamos a Ishoo Budhrani, con una trayectoria personal y también profesional que se define con la inquietud por el cuidado del paciente y por una correcta educación en salud de éste. En lo personal comenzó con unboticarioentuida, en el cuidado generó @juntosxtusalud. Ishoo pasó a las redes sociales, para llegar en el mes de febrero de 2019 al récord de impacto, de cerca de 30 millones de impresiones en Twitter con #JuntosXElCáncer, llegando a ser **Trending topic** en España por dos ocasiones y obteniendo este movimiento el segundo lugar a nivel mundial en la rama sanitaria. <https://twitter.com/JuntosXTuSalud?s=17>

**P (JdT):** Ishoo, gracias por compartir un poco de tu tiempo, entregado al trabajo, a la familia y a la red social, en la que sacas un rato para compartirlo también con nosotros: te conocemos del blog JuntosXTuSalud y la gran iniciativa de JuntosXElCáncer, en la que algunos hemos participado, pero los lectores querrán conocer cómo surgió esta iniciativa, dónde estamos ahora y dónde irá...

R (IB): Este movimiento surgió de forma inesperada, ya que realmente la idea inicial fue la de llamar a personas que seguía por redes sociales (RRSS) de distintos ámbitos sanitarios y proponerles escribir un trabajo de colaboración para el Día Mundial Contra el Cáncer en la web [www.juntosxtusalud.com](http://www.juntosxtusalud.com) (un proyecto que lleva más de dos años ayudando al paciente y profesional del ámbito oncológico). Lo que en un principio era una idea para una semana, se convirtió en una iniciativa desde el 28 de enero hasta el 28 de febrero. Un movimiento que albergó a todo el equipo de juntosxtusalud y además 62 pacientes y profesionales sanitarios: Farmacéuticos, Médicos, Enfermeras, Sanitarios de Emergencias, Administrativos de la Salud, Técnicos superiores en imagen, y un largo etc.) que unidos conformaron #JuntosXElCáncer. Cada día se llegó a publicar de dos a cuatro posts desde el blog, y llevando a cabo una campaña en redes sociales tanto personales de cada sanitario como del proyecto, en la cual se empleaba simbólicamente con dicho hashtag escrito en la palma de la mano, junto a la pieza de un puzzle.

Ahora mismo, puedo decir que lo que en principio fue una colaboración, se ha consolidado como un grupo de trabajo. Gracias a las ganas de cada uno de seguir en un camino trazado en Noviembre y por tanta calidad humana encontrada en cada uno de ellos. Mi idea era crear un grupo multi e interdisciplinar: #JuntosXElCáncer trabajando para la Oncología desde JuntosXTuSalud.

**P.** Como nació, juntosxtusalud, como ha sido su trayectoria hasta hoy y cual fue el motivo de empezar con el mundo oncológico. Y su futuro. Puede cualquier persona unirse o colaborar.

Juntosxtusalud nació hace ya casi dos años. Recuerdo aún con nostalgia de qué manera comenzó todo. Fue a golpe de teléfono desde Tenerife, con una llamada a más de 17 sanitarios a los cuales busqué por RRSS y con los cuales empecé una larga y bonita travesía hasta el día de hoy. La idea fue generar un grupo de trabajo con el cual poder ofrecer guías terapéuticas sobre distintas patologías al paciente y al profesional sanitario desde un equipo multidisciplinar. Empezar con la patología oncológica realmente ha sido por cuestiones personales, ya que a mi madre se le detectó a primera instancia un cáncer de colon en diciembre de 2016, el cual con el estudio anatómo-patológico, se determinó que era un Linfoma de Burkitt. Nunca se pensó en llegar hasta aquí de la manera que se ha llegado, conociendo a grandes profesionales e interactuando de diversas maneras. Por el camino se ha logrado un primer premio Asprofa 2018, un Primer Premio Smergen Canarias y ser Finalistas por el MICOF. En un futuro la idea es empezar a trabajar en otras patologías, consagrar un equipo para oncología desde juntosxtusalud y luego generar si es posible otra ramificación. Pero ahora mismo hay mucho trabajo desde #JuntosXElCáncer. Cualquier persona que desee ser parte de este proyecto o movimiento, puede ponerse en contacto con alguno de nosotros y aportar su granito de arena, sea como profesional o paciente.

**P (JdT):** Se habla mucho sobre Humanización del cuidado, seña de identidad esencial en la oncología, ¿Es una realidad en nuestro país, o nos quedan pasos qué dar? ¿cómo ves los movimientos en redes sobre este tema? ¿cómo lo defines tú?

R (IB): A título personal pienso que la humanización se debe de basar principalmente en hablar mirando a los ojos al paciente, en



saber cómo transmitirle la información acerca de su enfermedad (un mensaje mal expresado puede crear miedo y confusión) y sobretodo, poder educarle y, a ser posible, empoderarle. Cada persona es un mundo y cada patología es distinta de otra. Es importante poder sentarnos y hablar tanto con el paciente como con el familiar o el cuidador directo del paciente que a veces sufre en silencio sin decirlo. Si el paciente recibe el mismo mensaje desde las distintas disciplinas se sentirá más seguro.

Actualmente existen en nuestro país grandes profesionales con espíritu de ayuda y servicio a los demás, con ganas de enseñar, con las ideas claras para buscar el mejor tratamiento. Profesionales con enormes cualidades de humanización, soy consciente de ello. Por ello es mejor sumar entre todos y así poder dar grandes pasos que poco a poco ayudaran a ir en la misma dirección. Siempre se pueden mejorar cosas y el paciente cada día el paciente se acerca más a su dispositivo móvil para buscar información sobre salud cuando tiene dudas. El primer paso es poder obtener una información fidedigna ya sea en internet o en redes sociales. Si se pudiera aprovechar el talento sanitario que tenemos en nuestro país en las RRSS, mejor que mejor.

Cuando hablamos de RRSS, tenemos que tener en cuenta una realidad. Hemos de facilitar buena información, que haga a quien la busque no se sienta perdido. Lo más importante es que cuando alguien es diagnosticado de un cáncer, escuche al especialista y confíe en él y en su equipo. Así, entre todos los que estamos en RRSS hacemos que dicho paciente cuando busque información no se pierda. A día de hoy la humanización existe tanto en el 1.0, digamos una Oficina de Farmacia, Hospital, Centro de Salud, como en 2.0. Detrás de cada perfil sanitario hay una persona con un gran corazón, con una historia que contar, una mano que tender, una risa o un llanto de emoción.

Yo definiría que todo movimiento que pueda ser beneficioso para el paciente y su familiar, siempre y cuando no le lleve a confusión y le sea fácil de entender, siempre será un acierto. Esto hace que el paciente no se sienta solo y también puede expresarse de forma libre. Cuidar no es fácil. El cuidador puede sufrir muchas confusiones y hay extremos a los cuales puede llegar. El cuidador directo de un paciente oncológico también tiene que ser comprendido y escuchado.

**P (JdT): ¿Cuáles crees que pueden ser las claves a nivel político para que los cambios en cuanto a la asistencia, al acceso a medicamentos, a pruebas diagnósticas sean iguales en todo el país? ¿Cómo afecta esto en Canarias, debido a la distancia y la insularidad?**

R (IB): Hay mucho por hacer, muchísimo. Se podría avanzar mucho más en oncología con más investigación, más inversión en tecnología sanitaria y en personal. Es necesario trabajar en la idea de la necesidad de tener profesionales especializados en el ámbito de la oncología. Es necesario acortar las listas de espera para una posible colonoscopia o una mamografía, por ejemplo y sobre todo concienciar a la población de hacerse aquellos controles y revisiones periódicas que le pueden ayudar a un diagnóstico precoz. Todo el mundo debería tener un acceso a la medicación para su tratamiento. Afortunadamente en nuestro país un tratamiento de quimioterapia lo cubre la asistencia pública. En Canarias existe un enorme equipo humano que va creciendo a pasos agigantados en oncología y cada vez es menos necesario viajar a la península para recibir los tratamientos oncológicos como antiguamente.

**P (JdT): Poniendo la mirada en Ishoo como profesional de la salud, ¿Puedes identificar alguna cuestión común con los pacientes oncológicos y hematológicos en tu trabajo diario?**

R (IB): Al preguntarles a este tipo de pacientes, todos te cuentan su vivencia como algo natural y con un enorme espíritu de supervivencia y de confianza. Ojalá muchos pudiéramos aprender de ellos y tener esas ganas de vivir así. Estar detrás del mostrador de una oficina de farmacia es uno de los mejores regalos que la vida puede darte, y si te gusta tu profesión aún más. Conoces a muchas personas, algunas pacientes oncológicas, los cuales son los primeros en tener una sonrisa y pueden darte una auténtica lección de vida.

**P (JdT): Sobre la enfermería oncológica, que nos consta que apoyas, ayudas, y animas ¿nos podrías proporcionar alguna pauta de trabajo en ese sentido?**

R (IB): Como hijo de paciente oncológico puedo decir que alcanzo a poder entender cada súplica y cada ruego, intento escuchar en algún momento el motivo de las lágrimas que a veces brotan y trato de comprender el comportamiento del familiar o su miedo. Creo que las enfermeras siguen ese mismo camino. Su calidad humana y sobretodo lo que pude observar en una planta oncológica hizo que yo también quisiera ser considerado un sanitario más. Ellas hacen que un paciente oncológico se sienta mejor que en casa, le sacan una sonrisa y le ayudan. Respeto enormemente su gran labor que se hace desde el Hospital de Día. Casi todo lo que hacen es sumamente positivo. Muchos de los pacientes oncológicos se encuentran mejor gracias a la calidad humana de la mayoría de las enfermeras. Siempre es enriquecedor trabajar en equipo intercambiando opiniones con otras disciplinas sanitarias siendo al final beneficiado el paciente.

**P (JdT): Ya vamos finalizando, y entrando un poco en el plano personal, ¿cuáles son tus aficiones, ¿qué te gusta hacer en el tiempo libre? Vivir en las islas afortunadas debe ser una ventaja para disfrutar de ello...**

R (IB): Llegar a ser un cuidador directo de un paciente oncológico te puede llegar a cambiar la vida, se sufre en silencio y se valoran pequeñas cosas de la vida. Actualmente estoy viviendo una etapa laboral que me ilusiona mucho y disfruto del día a día de la mejor manera. Mis inquietudes me hacen generar más ideas y proyectos que me gustaría llevar a cabo e intento estar abierto a cualquier posibilidad también que me ofrezcan en colaboración. Poder aprovechar cada momento fuera de todo ello en un paisaje idílico como las islas canarias, son regalos de la vida que hay que tener en cuenta, sea por medio la gastronomía, un paseo o hasta un café. Es algo a valorar y mucho. Sea en compañía o en solitario.

(JdT): Muchas gracias por compartir con los lectores este espacio. Por toda tu trayectoria personal, profesional, por ambas iniciativas que tienen como centro el paciente, y en nuestro caso, el paciente oncológico, al que debemos nuestro trabajo. Seguimos en contacto en el plano 2.0, 3.0 y esperemos que en el mejor pronto, en el 1.0.

Si me lo permites, me gustaría poder darte las gracias por medio de estas líneas a ti, por darme la oportunidad de poder estar en una revista de tanto prestigio como esta, y sobre todo a todos los integrantes de JuntosXTuSalud y #JuntosXElCáncer que son los verdaderos artífices uno por uno, con su trabajo diario, de los éxitos cosechados a día de hoy por este movimiento. Todos ellos merecen su reconocimiento.



## ARTÍCULO

# MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA EN LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER Y GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

## MODELS OF HEALTH CARE IN CANCER SURVIVORSHIP AND NURSING CARE MANAGEMENT

*Ana M<sup>a</sup> Mateo Cervera*

*Jefa de Área de Desarrollo en Cuidados e Innovación. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, España*

*Contacto: Ana M<sup>a</sup> Mateo Cervera Complejo Hospitalario de Navarra. C/ Irunlarrea N<sup>o</sup>3, Pamplona 31008 amateoce@navarra.es amateoce@navarra.es*

*Cristina García-Vivar*

*Profesora Titular de Universidad, Universidad de Navarra, Facultad de Enfermería. Investigadora Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona, España*

### RESUMEN

El aumento de supervivientes de cáncer se está convirtiendo en un problema de salud pública a nivel mundial que requiere de la adaptación de los sistemas sanitarios para su gestión. La integración de la supervivencia del cáncer en la atención sanitaria supone una nueva forma de abordar el proceso oncológico para el equipo multidisciplinar de sa-

lud. El objetivo de este artículo es abrir un debate científico sobre el tipo de atención sanitaria que reciben los pacientes largos supervivientes de cáncer en España, y cómo diseñar un plan de cuidados que mejore la atención a este grupo de pacientes. La evidencia muestra la necesidad de implantar un plan de cuidados individualizado y previsto

desde la fase aguda de la enfermedad, como sucede en otros contextos sanitarios internacionales. Las enfermeras podrían desempeñar un rol clave en la gestión de cuidados en la supervivencia del cáncer.

**Palabras clave.** Cáncer, enfermería, gestión en salud, prestación de atención de salud, supervivencia.

### ABSTRACT

The increasing of cancer survivors is becoming a public health problem worldwide that requires adapting health systems to manage survivorship. The integration of cancer survival in healthcare is a new way of tackling the cancer process for the multidisciplinary health team. The aim of this

article is to open scientific debate about the type of health care delivered to long-term cancer survivors in Spain, and how to design a care plan to improve care for this group of patients. Evidence shows the need to implement an individualized care plan from the acute phase of the disease,

as it occurs in other international health contexts. Nursing could play a key role in managing cancer survivorship care.

**Keywords:** Cancer, delivery of health care, nursing, health management, survivorship.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad en todo el mundo.

Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en

los próximos 20 años<sup>1</sup>. Según el último informe mundial sobre cáncer de 2014, en

2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer<sup>1</sup>. En España se diagnostica al año más de 200.000 nuevos casos de cáncer<sup>2</sup>. Sin embargo, la tendencia de mortalidad ha ido disminuyendo a partir de los años 90, encontrándose en tasas similares a las de los países más desarrollados gracias a los avances en las terapias, así como a medidas de prevención y diagnóstico precoz. Así, las mejoras de las últimas décadas en oncología han supuesto un cambio radical, no sólo en la percepción del cáncer sino en las posibilidades reales de supervivencia<sup>2</sup>.

Con el avance de las modalidades de diagnóstico y tratamiento del cáncer, el número de supervivientes ha crecido un total de 38 millones en todo el mundo, con 13,7 millones de supervivientes de cáncer en los Estados Unidos (EE. UU.) a partir de 2012<sup>3,4,5</sup>. En España, hay actualmente 1.500.000 de supervivientes de cáncer, de los cuales casi la mitad son mayores de 70 años que presentan comorbilidades frecuentes a esa edad<sup>6</sup>.

Ante este aumento de supervivientes, las tendencias en la ciencia médica, servicios de salud y la conciencia de la salud pública convergen para forjar una nueva realidad sanitaria, como es el caso del movimiento de supervivencia en EE. UU. en los años ochenta<sup>7</sup>. Éste surge ligado a dos hechos que cambiaron el enfoque de atención a los supervivientes de cáncer<sup>8</sup>. Por un lado, la publicación en el *New England Journal of Medicine* de un artículo presentado por un joven médico, el Dr Fitz Hugh Mullan<sup>9</sup>, que describió por primera vez en 1985 las “estaciones de supervivencia”, identificando tres fases: *Supervivencia aguda* (vivir con cáncer) que comienza con el diagnóstico del cáncer e incluye el período

de exámenes y tratamiento del cáncer; *Supervivencia extendida* (intermedio; pasar el cáncer) que comienza con la remisión de la enfermedad y finalización del tratamiento inicial: esta fase puede incluir el mantenimiento, la consolidación o el seguimiento; y la *supervivencia permanente* (a largo plazo; vivir después del cáncer): identificada como la fase de la “cura” o con una supervivencia prolongada después de la remisión.

Tras la publicación de Mullan, en 1986 se creó en Estados Unidos la Coalición Nacional de Supervivencia del Cáncer (NCCS) cuya misión es promover la atención oncológica de calidad para todas las personas con cáncer. En 1997, el superviviente de cáncer y excampeón de ciclismo, Lance Armstrong, fundó la Fundación Lance Armstrong (Lance Armstrong Foundation) como un medio para unir y empoderar a las personas afectadas de cáncer. Entre los muchos logros de la Fundación está la creación de LIVESTRONG, un centro para ayudar y guiar a los supervivientes a afrontar las necesidades que experimentan tras los tratamientos. En el ámbito internacional, en 2005, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM por sus siglas en inglés) publicó el informe “*From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*” (De paciente oncológico a superviviente de cáncer: perdido en la transición), considerado un punto de inflexión en la supervivencia. Es una mirada integral de la situación y una propuesta de “Plan de Cuidados para Supervivientes” (PCS) para responder a la nueva realidad sanitaria.

En Europa, el movimiento ha sido más tardío, pero ya existen resultados al respecto. Por ejemplo, en 2012 se funda en Bari (Italia), el Grupo Europeo de colaboración en materia de supervivencia del

cáncer con el fin de reunir a investigadores europeos con el objetivo de compartir conocimientos, experiencias y aunar esfuerzos para la investigación en supervivencia<sup>8</sup>. En España, el Plan de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) prioriza las acciones de coordinación asistencial en el seguimiento del paciente e incluye no sólo los aspectos físicos sino también los psicológicos, sociales, emocionales y laborales<sup>10</sup>. Entre los objetivos de las SEOM para la atención al largo superviviente de cáncer se encuentran los siguientes: detección y manejo de los problemas comunes en este tipo de personas (cansancio, dolor, depresión, relaciones interpersonales, adaptación emocional, social y laboral, y las complicaciones reproductivas), monitorización de efectos secundarios derivados de los tratamientos, detección de recidivas y segundos tumores, calidad de vida e identificación de necesidades no cubiertas del largo superviviente, satisfacción de los pacientes, y optimización de los recursos asistenciales. También el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) está trabajando para dar respuesta a las necesidades de los largos supervivientes de cáncer, es decir aquellas personas que a los 5 años del diagnóstico y finalización de los tratamientos, se encuentran libres de enfermedad, pero pueden tener secuelas<sup>6</sup>.

Ante el aumento de los largos supervivientes de cáncer, se ve necesaria la integración de la supervivencia en la atención sanitaria, siendo hoy un gran reto que requiere de un “cambio de paradigma”<sup>11</sup>. Supone para el equipo multidisciplinar una nueva forma de mirar y gestionar el cuidado y la atención en la trayectoria del cáncer.

---

## OBJETIVOS

---

El objetivo de este artículo no es presentar una revisión exhaustiva sobre la atención sanitaria en la supervivencia del cáncer sino hacer una reflexión, basada en la evidencia publicada y en nuestra experiencia, sobre cómo podría mejorarse la atención que reciben los

largos supervivientes de cáncer a través de modelos específicos de atención a la supervivencia.

Para ello, el objetivo principal de este artículo es conocer los principales modelos de atención al superviviente de cáncer implantados en el contexto in-

ternacional. Los objetivos secundarios son: (1) identificar las características de los planes de atención al superviviente de cáncer, y (2) exponer la gestión de cuidados, liderada por enfermeras, en la atención a la supervivencia del cáncer.

## MODELOS Y HERRAMIENTAS PARA UN ABORDAJE INTEGRAL AL LARGO SUPERVIVIENTE DE CÁNCER

### 1. Modelos de atención al superviviente

En las etapas de supervivencia extendida y permanente, las necesidades de los pacientes son diferentes a las detectadas en la etapa aguda del cáncer<sup>8,10,12</sup>. El temor a la recidiva es una preocupación constante que puede afectar considerablemente a la calidad de vida, tal y como recogen las palabras de un largo superviviente “una vez que se ha tenido cáncer, cada pequeña cosa que surge piensas que tienes una recidiva del cáncer”<sup>13</sup>. Por ello, diversas organizaciones y fundaciones, tales como el Instituto de Medicina de los EE.UU (IOM), han creado comités específicos para centrar sus esfuerzos en describir las necesidades de los pacientes con cáncer una vez finalizada la fase aguda del tratamiento, y considerar el cáncer y sus consecuencias como una enfermedad crónica<sup>14,15</sup>. Por otro lado, la edad avanzada de gran número de afectados de cáncer y supervivientes constituye un problema asistencial por la morbilidad añadida que presentan. Las toxicidades específicas de los tratamientos recibidos, especialmente cardíaca, pulmonar, y las toxicidades renales, pueden añadirse a su condición de comorbilidad. Por lo que se ve necesario seguir investigando sobre este tema para tratar de mejorar la atención y coordinación de los servicios<sup>14</sup>.

Ante esta nueva situación, cabe señalar la necesidad en centrar la atención al largo superviviente tanto en los síntomas físicos derivados de los tratamientos como en los aspectos psicosociales<sup>16</sup>. Los supervivientes esperan de los profesionales de la salud que se les escuche, recibir indicaciones individuales y escritas y herramientas educativas, entre otros. También esperan recibir una atención de calidad que responda a sus necesidades de salud<sup>10</sup>. Por tanto, esta realidad exige de estrategias innovadoras para mejorar la calidad y la coordinación de la atención al paciente tras un diagnóstico de cáncer.

En el informe “*Ensuring Quality Cancer Care*” (Garantizando la calidad de la atención al cáncer) publicado en 1999 sobre prestación de servicios de atención del cáncer, se encontró un abismo entre el cuidado ideal y el recibido por la mayoría

de los estadounidenses<sup>14</sup>. Según el IOM, calidad es “el grado en que los servicios de salud aumentan las probabilidades para que los resultados deseados sean coherentes con el conocimiento profesional actual”<sup>17</sup>. Si adaptamos esta definición al contexto de supervivencia, las sociedades europeas y americanas de oncología han consensuado que una atención de calidad para supervivientes debe plantearse como los modelos de atención a pacientes crónicos ya existentes<sup>18</sup>. Además, para evitar la falta de claridad acerca de quién es el responsable de la atención al superviviente, es necesario el diseño de modelos específicos de atención en la supervivencia de cáncer<sup>16,19</sup>.

Según el Monográfico de Largos Supervivientes en Cáncer editado por la SEOM en 2012, existen dos modelos de atención implantados en el ámbito internacional. Por un lado, el modelo especializado, proporcionado por centros de atención específica del cáncer, con un abordaje multidisciplinar. Pueden agruparse en un mismo centro por tipo de neoplasia, por tipo de tratamiento u ofrecer un programa integral. Por otro lado, se encuentra el modelo compartido con dos modalidades de atención:

- Sin transición o simultáneo, en el que el paciente es valorado periódicamente por los especialistas de oncología, compartiendo con Atención Primaria la asistencia en enfermedades intercurrentes, promoción de la salud y manejo de comorbilidades.
- Con transición o secuencial, modalidad en la que después de un seguimiento inicial por oncología, tras un tiempo se transfiere a Atención Primaria, manteniendo contactos periódicos con los especialistas. Las responsabilidades están definidas y se establecen de una manera secuencial. En este modelo, los proveedores de los cuidados y educación son los profesionales de enfermería oncológica que además desarrollan un papel de enlace entre los dos niveles asistenciales.

El éxito para disminuir la transición y que exista realmente una continuidad asistencial se basa en la estratificación del riesgo de recidiva de cada paciente. Establecer categorías de riesgo-bajo, moderado o alto proporciona la base para la vigilancia y la intervención<sup>14,20</sup>.

Cabe señalar los avances que se han realizado, especialmente en el ámbito internacional, en la implementación de nuevos modelos de atención en la supervivencia del cáncer. Sin embargo, queda evaluar estas experiencias<sup>12</sup>. La evidencia, aún escasa, ha identificado algunos problemas en los modelos de atención actuales. Entre ellos destacan los siguientes puntos:

- 1 Los supervivientes son dados de alta de los servicios de oncología y pasan a sus proveedores de atención primaria. Se limitan a contactar con el equipo de oncología ante la presencia de nuevas sospechas de recidiva. La finalización del tratamiento no indica el final de la experiencia de cáncer<sup>21</sup>.
- 2 La transición a atención primaria no garantiza la continuidad de la atención<sup>22</sup>. Los profesionales de atención primaria no son expertos en el cuidado de la oncología. Al menos 50% de supervivientes de cáncer sufren de anomalías de efecto de retraso, disminución de la energía, trastornos del sueño, estado de ánimo alteraciones, así como preocupaciones con respecto a la recidiva y/o el desarrollo de nuevos tumores malignos<sup>3,23</sup>.
- 3 Desde la perspectiva de la atención de primaria, los profesionales pueden carecer de los conocimientos y estrategias para la gestión de los supervivientes de cáncer<sup>21,24</sup>.

Por tanto, es necesario seguir investigando para conocer con más detalle los modelos de atención más eficaces y eficientes, así como las características de los planes de cuidados para supervivientes; aspecto que se aborda a continuación.

### 2. Plan de cuidados en la supervivencia del cáncer

Tras la finalización de los tratamientos, en el período de transición, los pacientes que han pasado por una experiencia de cáncer necesitan orientación, lo que a menudo falta en la atención de salud actual. Se sienten perdidos en la transición, tal y como describe el informe de la IOM “*From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*”. No existe un protocolo estándar similar al que recibieron durante la etapa de supervivencia aguda (es decir durante los tratamientos), y salvo algunas

excepciones, no existen unas líneas directrices específicas para el seguimiento de los efectos tardíos.

Sin embargo, el cuidado al superviviente de cáncer puede considerarse especial porque a menudo intervienen múltiples especialistas durante el proceso (cirujanos, radioterapeutas, oncólogos médicos, psicólogos, enfermeras). Por lo tanto, la comunicación multidisciplinar en la atención al cáncer es fundamental<sup>25</sup>. Asimismo, para establecer un Plan de Cuidados del Superviviente (PCS), es fundamental tener una historia completa del tratamiento del cáncer: resúmenes de las intervenciones

quirúrgicas, quimioterapia recibida, informe de radiación, transfusiones de sangre y / o de la médula ósea para trasplante, y cualquier terapia médica continua como la terapia endocrina<sup>14,19,24</sup>. Así, el punto de partida del PCS es tener un resumen clínico de la atención recibida en la fase aguda de la enfermedad.

Puesto en marcha en Estados Unidos, el PCS se ha promovido como un aspecto clave en la atención de la supervivencia<sup>7,14,22,26</sup>; en España, sin embargo, es menos conocido. Pero ¿qué es un PCS? Es la hoja de ruta para el superviviente que debe ser individualizado y entregado

por un equipo multidisciplinar de salud, que oriente y ayude al paciente a manejar las necesidades físicas y psicosociales que pueda experimentar<sup>20</sup>. Existen plantillas de PCS desarrolladas por diferentes asociaciones; en todas ellas, se incluye el resumen de lo que ha sucedido durante el tratamiento de cáncer y lo que podría suceder como resultado de este y de la propia enfermedad<sup>20</sup>. Las principales áreas del PCS, recogidos en la evidencia internacional, deben responder a las siguientes preguntas: ¿qué datos deben aparecer en el PCS? ¿Quién es responsable? ¿Cuándo hacerlo? ¿Qué implica?

**Tabla 1. Características del Plan de Cuidados al Superviviente**

<p><b>¿Qué datos debe contener el PCS?</b></p>	<p>Todos los datos sobre el proceso de cáncer<sup>24,25</sup> :</p> <p>Diagnóstico, grado, localización, fechas, pruebas realizadas, etc.</p> <p>Tratamiento actual</p> <p>Tipo de tratamiento recibido</p> <p>Toxicidades detectadas</p> <p>Posibles efectos tardíos</p> <p>Calendario de revisiones: fechas y profesionales que vana intervenir</p>
<p><b>¿Quién debe hacerlo?</b></p>	<p>Sobre la autoría del plan, es importante que sea un trabajo multidisciplinar. Algunos artículos atribuyen la responsabilidad del seguimiento del PCS a la enfermera de oncología<sup>20,24</sup>.</p>
<p><b>¿Cuándo hacerlo?</b></p>	<p>La época de transición es el momento óptimo para la evaluación holística de las necesidades y la asociada a una mayor necesidad de apoyo<sup>20</sup>.</p>
<p><b>¿Qué implica?</b></p>	<p>Una evaluación holística<sup>5,23,31</sup> : física, mental, social, laboral y espiritual</p> <p>Explicación de los motivos de la atención</p> <p>Información sobre los tratamientos y riesgos asociados</p> <p>Toma de decisiones con el paciente acerca de su futuro</p>

Hasta hace poco, el seguimiento para supervivientes de cáncer se ha restringido en gran parte a la detección de recidiva de la enfermedad primaria. Sin embargo, los nuevos PCS deben abordar efectos crónicos del cáncer (dolor, fatiga, prematura la menopausia, depresión, ansiedad, entre otros), y la prevención de los efectos tardíos como la osteoporosis, la enfermedad cardíaca, la detección de tumores malignos, y promoción de estilos de vida saludables<sup>25</sup>. Un aspecto importante en el desarrollo de un PCS es que el paciente debe estar involucrado de una manera significativa, debe ser un colaborador en el proceso, no el destinatario de las decisiones de los proveedores de salud<sup>3,4,15</sup>. Igualmente, el PCS debe ser compartido y completado por todos los profesionales de la salud involucrados en la atención continua del superviviente<sup>3,19,22,27</sup>. Por ello, es esencial que el PCS esté integrado en la historia clínica y que ésta sea electrónica para facilitar la accesibilidad de todos los profesionales<sup>19,20,28</sup>. Un aspecto que requiere aún mayor estudio es el tiempo y costes por la prestación de cuidados para supervivientes, pues se ha evidenciado que el desarrollo del PCS puede llevar entre 45 a 90 minutos por paciente<sup>20,23,26</sup>.

Como hemos visto anteriormente en los modelos de atención al superviviente en el ámbito internacional, la labor de los equipos de atención primaria a veces es compartida con los especialistas, de for-

ma simultánea o secuencial. En nuestro entorno, rara vez hay una sola historia clínica integrada y el equipo de atención primaria no suele estar incluido en la gestión del paciente durante este tiempo<sup>4</sup>. Meses o años después de la finalización del tratamiento es cuando el paciente vuelve para revisiones regulares con el equipo de atención primaria. En esta etapa, muchos pacientes se sienten reticentes al seguimiento, pensando que el cáncer y el riesgo a una recidiva son la principal y más grave amenaza a la que se enfrentan en la etapa de larga supervivencia. Sin embargo, muchos son los supervivientes que experimentan efectos tardíos derivados de los tratamientos<sup>14</sup>, que deben ser abordados por profesionales de la atención primaria de salud.

### 3. El papel de la enfermera en la gestión de la supervivencia del cáncer

El cuidado a los supervivientes ofrece una oportunidad para que los diferentes agentes de salud implicados en la atención en la supervivencia del cáncer desempeñen un papel significativo para un cuidado y seguimiento eficiente y de calidad<sup>4,19</sup>. En este contexto, la evidencia internacional destaca la figura del profesional de Enfermería como pieza clave en la provisión del plan de atención a supervivientes de cáncer, en todos sus ámbitos: asistencial<sup>4,23</sup>, docente<sup>4</sup>, de gestión<sup>4</sup>, y de investigación<sup>28</sup>. Entre las funciones que las enfermeras y enfermeros pueden desempeñar en

este nuevo escenario de atención, la literatura destaca tres áreas principales de intervención:

- Implementación y desarrollo de un resumen del tratamiento y de los planes de cuidados para el superviviente<sup>4,14</sup>.
- Prevención y detección, vigilancia y promoción de la salud en supervivientes<sup>14,21</sup>.
- Coordinación de la atención a la supervivencia<sup>4,5,13</sup>.

Se han considerado a las enfermeras de práctica avanzada y especialistas en enfermería oncológica como los perfiles enfermeros más adecuados para prestar cuidados efectivos y eficientes a los supervivientes de cáncer<sup>20</sup>. Cabe señalar que en algunos modelos de atención al superviviente ya instaurados, los profesionales de práctica avanzada son responsables de los resúmenes de tratamiento y planes de atención y de la continuidad de los cuidados con la atención primaria<sup>20</sup>. Asimismo, la atención telefónica semanal o bisemanal por una enfermera de práctica avanzada ha sido descrita como una estrategia innovadora que ayuda al uso rentable de los recursos<sup>3,15</sup>. Por lo tanto, se deberían abrir nuevas líneas de reflexión y evaluar el coste-efectividad de la atención al superviviente por parte del equipo multidisciplinar, y particularmente por parte del personal de enfermería.

---

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En países del norte de Europa, así como en EE. UU. y Canadá, el potente movimiento surgido a favor del colectivo de supervivientes de cáncer y en pro de sus necesidades ha propiciado la implantación de nuevos modelos de atención sanitaria específicos para la prestación de cuidados en la supervivencia del cáncer; también la necesidad de una atención coordinada entre niveles asistenciales. En España, sin embargo, son aún escasas las experiencias en este tipo de atención. Por ello, consideramos necesario

aprender de las experiencias de otros países y tratar de diseñar e implementar en nuestro contexto un plan de cuidados específico para supervivientes, igual que lo hemos hecho para la atención al paciente pluripatológico.

Si bien es cierto que todavía hay poca investigación sobre la eficacia de los recursos puestos en práctica en términos de calidad de vida de los supervivientes, tenemos la oportunidad de implementar aquellas acciones que la evidencia científica considera como esencial para la atención al superviviente. Por un lado,

se destaca la importancia de planificar el PCS desde el diagnóstico de cáncer, incorporando el resumen clínico de la atención recibida en la fase aguda. Por otro lado, se identifica la necesidad de coordinación entre niveles asistenciales. Por último, las experiencias internacionales avalan el potencial que tiene el profesional de enfermería como pieza clave del engranaje asistencial para la prestación de cuidados de calidad al superviviente y para promover la tan deseada coordinación y continuidad de los cuidados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Informe Mundial sobre cáncer 2014. International Agency for Research on Cancer (IARC) Disponible en: HYPERLINK "<http://globocan.iarc.fr>" <http://globocan.iarc.fr> [Consultado Noviembre 2018]
2. Las cifras del cáncer en España. SEOM. Disponible en : "[https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espana2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf)" [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espana2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf) [Consultado Noviembre 2018]
3. Martin T, Moran-Kelly RM, Concert CM, Roberts LM, Powe JG, Farrell SN, et al. Effectiveness of individualized survivorship care plans on quality of life of adult female breast cancer survivors: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2013; 11(9) 258 – 309.
4. Miller R. Implementing a Survivorship Care Plan for Patients With Breast. *J Clin Oncol.* 2014;12: 479-487.
5. Downs-Holmes C, Dracon A, Svarovsky T, Sustin M. Development of a Survivorship Program. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 2015; Sup. Vol 18: 53-56.
6. Informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer. Disponible en: HYPERLINK "<http://www.gepac.es/>" <http://www.gepac.es/> [Consultado en Noviembre de 2018]
7. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, eds. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. Washington, DC: The National Academies Press; 2005.
8. Rowland J, Kent E, Forsythe LP, Håvard J, Hjorth L, Glaser A, et al. Cancer Survivorship Research in Europe and the United States: Where have we been, where are we going, and what can we learn from each other? *NIH.* 2013; 119: 2094–2108.
9. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med.* 1985; 313:273.
10. Manifiesto SEOM sobre la atención a los Largos supervivientes de cáncer. Disponible en: "[http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/FOLLETO\\_MANIFIESTO\\_SEOM.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/FOLLETO_MANIFIESTO_SEOM.pdf)" [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/FOLLETO\\_MANIFIESTO\\_SEOM.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/FOLLETO_MANIFIESTO_SEOM.pdf) [consultado Noviembre 2018]
11. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. Ed. Fondo de Cultura Económica. 3ª edición. 1996.
12. Shapiro Ch L, McCabe MS, Syrjala KL, Friedman D, Jacobs L A, Ganz PA et al. The LIVESTRONG Survivorship Center of Excellence Network. *J Cancer Surviv* (2009) 3:4–11.
13. Marbach TJ, Griffie J. Patient Preferences Concerning Treatment Plans, Survivorship Care Plans, Education, and Support Services. *Oncol Nurs Forum.* 2011; 38: 355-342
14. Ganz PA, Casillas J, Hahn EE. Ensuring quality care for cancer survivors: implementing the survivorship care. *Semin Oncol Nurs.* 2008; 24: 208-217.
15. Jefford M, Lotfi-Jam K, Baravelli C, Grogan S, Rogers M, Krishnasamy M et al. Development and pilot testing of a nurse-led post-treatment support package for bowel cancer survivors. *Clin J Oncol Nurs.* 2011; 34; No. 3
16. Miller KD, Pandey M, Jain R, Mehta R. Cancer Survivorship and Models of Survivorship Care. A Review. *Am J Clin Oncol.* 2015; 00:1-7
17. Chassin MR, Galvin RW, and the National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality. *Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA* 1998; 280:1000–1005.
18. ASCO-ESMO Consensus Statement on quality cancer care. *J Clin Oncol.* 2006; 24:3498-3499
19. Taylor C. Odey K. Survivorship care planning care for colorectal cancer patients. *Gastrointestinal Nursing.* 2011; 9:24-29.
20. Klemp JR. Survivorship care planning: one size does not fit all. *Semin Oncol Nurs.* 2015; 31: 67-72.
21. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes Aten Primaria. 2012; 44(5):288-292.
22. Salz T, McCabe M, Onstad E, Baxi S, Deming R, Franco R, et al. Survivorship care plans: Is there buy-in from community oncology providers? *NIH.* 2014; 120(5): 722–730.
23. Stricker CT, O'Brien M. Implementing the Commission on Cancer Standards for Survivorship Care Plans. *Clin J Oncol Nurs.* 2014;sup 8:15-22.
24. Dulko D, Pace CM, Dittus K L, Sprague B L, Pollack LA, Hawkins NA et al. Barriers and Facilitators to Implementing Cancer Survivorship Care Plans. *Oncol Nurs Forum.* 2013; 40: 575-580.
25. Earle CC. Failing to Plan Is Planning to Fail: Improving the Quality of Care With Survivorship Care Plans. *J Clin Onco* 2006; 24: 5112-5116.
26. Shad A, Myers SN, Hennessy K. Late Effects in Cancer Survivors: "The Shared Care Model". *Curr Oncol Rep.* 2012;14:182–190.
27. Best Practices in Patient Navigation and Cancer Survivorship Survey Results. Disponible en: HYPERLINK "[https://smhs.gwu.edu/gwci/sites/gwci/files/Best\\_Practices\\_Results\\_Summary-Final.pdf](https://smhs.gwu.edu/gwci/sites/gwci/files/Best_Practices_Results_Summary-Final.pdf)" [https://smhs.gwu.edu/gwci/sites/gwci/files/Best\\_Practices\\_Results\\_Summary-Final.pdf](https://smhs.gwu.edu/gwci/sites/gwci/files/Best_Practices_Results_Summary-Final.pdf). [Consultado junio 2015]
28. Vivar CG. Plan de cuidados en la supervivencia de cáncer: un reto en atención primaria. *Aten Primaria.* 2010;42:354-5.



# LA SEEO ESTUVO EN... EONS YOUNG CANCER NURSES MEETING

Laura Bascuñana Sánchez

Durante el pasado 16 y 17 de enero se celebraron en el *Hospital CUF Descobertas*, en Lisboa, la primera reunión de “Jóvenes Enfermeras Oncológicas” (YCN), y en ella participaron enfermeras procedentes de Portugal, Estonia, España, Italia, Islandia, Chipre, Bélgica, Suecia, República Checa y Gran Bretaña

La reunión empezó con una presentación de cada una de las participantes para proceder con los temas incluidos en el orden del día.

Se evaluaron los resultados de las encuestas realizadas a través de la pg web de la EONS, en la que las enfermeras oncológicas menores de 35 años compartieron sus problemas y preocupaciones. De estas encuestas se extrajeron las conclusiones acerca de cuáles eran los problemas y preocupaciones a los que se enfrentan estas jóvenes enfermeras a nivel nacional y poder identificar las áreas en las que se necesita más apoyo.

También se establecieron las estrategias y objetivos del grupo EONS YCN y las actividades a realizar durante los años 2019-2020. Las principales actividades que se llevarán a cabo irán encaminadas sobre todo a la difusión y comunicación que fa-



ciliten la creación de redes enfermeras y a estrechar colaboraciones con jóvenes oncológicos que aumenten la calidad de nuestros cuidados a los pacientes oncológicos y al reconocimiento de nuestra labor como enfermeras.

También se trató el tema de la importancia de aumentar la participación de jóvenes enfermeras en eventos importantes como los congresos nacionales y el próximo congreso internacional que se va a celebrar en Barcelona





# LA SEEO ESTUVO EN... REUNION ONCOHEMATOGERIATRIA

Nieves Gil, Adriana López, Rosario Carmona, Elena Borrajo, Helis Tellería y Raquel Álvarez.

La mañana del pasado 1 de marzo de 2019 se celebró una reunión de trabajo multidisciplinar en Oncohematogeriatría en el Instituto Catalán de Oncología (I.C.O.).

El manejo del paciente geriátrico en oncología y hematología es complejo tanto a nivel clínico, físico, funcional, psicológico y social y además todavía hay muchos aspectos pendientes de estudiar y profundizar. Por ello, requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional. Es por eso, que la participación de los diferentes profesionales médicos, enfermeras, auxiliares, terapeutas y trabajadores sociales en el abordaje de los diferentes aspectos de la asistencia al anciano, ha fomentado el desarrollo progresivo de la metodología del trabajo en equipo.

Esta forma de trabajar permite un abordaje completo dirigido a ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajan para conseguir un objetivo común para el enfermo: el bien del paciente y su familia.

En esta reunión estuvieron presentes representantes de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO), de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

La jornada se planteó cómo una reunión de trabajo entre diferentes profesionales, que tratan con pacientes de edad avanzada afectados de cáncer. Los profesionales fueron seleccionados por sus respectivas sociedades por su experiencia en este campo, con el objetivo de trabajar para definir un modelo de atención a este tipo de pacientes, consensuar un posicionamiento multidisciplinar y definir cuáles son las prioridades y como abordarlas.

La reunión estaba planteada en dos partes. La primera parte se realizó entre los miembros de cada sociedad donde se analizó la situación de cada especialidad valorando las amenazas, fortalezas, debilidades y oportunidades que nos encontramos en nuestra actividad diaria en relación a los pacientes de edad avanzada oncohematológicos.

El grupo de enfermería de la SEEO estaba representado por Raquel Álvarez,



enfermera de la consulta de enfermería del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, M<sup>a</sup> Rosario Moreno gestora de casos del Consorci Sanitari del Maresme – Hospital de Mataró, Elena Borrajo, enfermera de hospital de día del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, Adriana López, enfermera de hospitalización de la Clínica Universidad de Navarra, Helis Tellería, coordinadora de valoración geriátrica en el paciente oncológico en el Hospital Universitario de Donostia.

*“Compartir con Chari, Helis, Adriana, Elena y Raquel las diferentes competencias que llevamos a cabo cada una de nosotras en diferentes fases del proceso, ayuda a tener una visión amplia y reconocer cómo cada una puede y debe actuar por el paciente oncohematogeriátrico, ofreciendo cuidados y anticipándose a activar los recursos o profesionales pertinentes que forman parte del equipo en el proceso oncológico”.*

Como moderadora del grupo estuvo Paz Fernández, enfermera del I.C.O.

Al finalizar esta primera parte se expuso lo consensuado a todos los miembros de las diferentes sociedades.

En la segunda parte de la jornada se formaron grupos con un representante de cada sociedad (5 grupos de 6 personas) para que, aprovechando la información re-

cogida en la primera parte, se pudieran reconocer las estrategias y los indicadores de calidad para evaluar su implantación, que cada grupo multidisciplinar propone para dar respuesta a los análisis realizados anteriormente por cada sociedad.

*“Lo más importante es que todos coincidíamos que envejecimiento y cáncer es y será un reto para las políticas de salud y los profesionales de primera línea tenemos que aunar esfuerzos para ofrecer lo mejor según la evidencia científica y de manera lo más individualizada posible”.*

Se corroboró el papel de la enfermera, donde de manera precoz podía detectar “fragilidad” mediante escalas y derivar a los profesionales pertinentes.

Es innegable que el progresivo envejecimiento de la población, la mayor incidencia de cáncer en edades avanzadas y las características de estos pacientes nos plantea un reto a todos los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

Finalmente se realizó una puesta en común que se utilizará como base para la elaboración de un nuevo documento de consenso sobre el paciente oncohematogeriátrico.

Adriana nos propuso una breve frase de Michael Jordan: “El talento individual gana partidos, pero el trabajo en equipo se lleva los campeonatos.”

Gracias a las enfermeras de la SEEO que estuvieron presentes en la reunión y nos transmitieron sus impresiones y valoraciones. Como dice nuestro editor jefe Julio, la SEEO la hacemos entre todos y entre todos debemos trabajar, para pacientes, familias y profesionales.





Leyendo el último número de la revista nos podemos plantear tres retos:

¿Conocemos las experiencias únicas por las que pasan las pacientes con Cáncer de Ovario?

Las guías clínicas recomiendan estandarizar un programa de ejercicio personalizado para los pacientes adolescentes con cáncer encaminado a mejorar su astenia y calidad de sueño.

Conocer y leer experiencia por las que pasan los pacientes.

## Primer artículo

En el último número de la revista de Cancer Nursing se plantean varios retos para la enfermería a través de estudios de investigación (Staneva y cols.2019). Uno de ellos es atender de forma holística a las pacientes con cáncer de ovario conociendo mejor sus experiencias durante el tratamiento. Los autores hacen un estudio cualitativo con el objetivo de explorar experiencias y relatos de pacientes que estaban en tratamiento. Se identifican tres temas principales relacionados con las experiencias de las mujeres.

- Tenacidad Optimista que ilustra una identidad estoica, especifica que las mujeres de este estudio asumieron durante el tratamiento
- El autocuidado fue un término que emergió en las entrevistas con las pacientes. Fue un aspecto importante a la hora de vivir varios meses con el tratamiento.
- Los sistemas de apoyo: la población de este estudio enfatizó en los sistemas de apoyo que recibieron: social, psicológico, médico, y también refirieron como les había ayudado compartirlo con mujeres que estaban pasando por lo mismo.

Explorar experiencias únicas por las que están pasando estas pacientes



proporciona información y orientación a los profesionales de la salud que atienden a mujeres con cáncer de ovario.

## Segundo Artículo

Otro reto que nos podemos plantear en este número es la atención del adolescente con cáncer. La astenia y la falta de sueño son dos de los síntomas más comunes y más angustiantes para los adolescentes con cáncer (Sanson y cols., 2019).

Estos dos síntomas aumentan simultáneamente la angustia, lo que disminuye aún más la calidad de vida. Los autores describieron el grado de compromiso que tuvieron los adolescentes con cáncer con el ejercicio, la astenia, la calidad del sueño y la calidad de vida. Quisieron determinar si el ejercicio influía en la astenia, la calidad de vida y la calidad del sueño del ejercicio midiendo la relación entre la fatiga y la calidad de vida para los adolescentes en el tratamiento del cáncer y la relación entre la calidad del sueño y la calidad de vida, tanto para los que están en tratamiento contra el cáncer como para los que están en la supervivencia.

## A DESTACAR:

“Es importante desarrollar programas de ejercicio personalizados basados tanto en el estado del tratamiento como en el grado de fatiga y la calidad del sueño. Se recomienda la educación en el servicio que aumenta la conciencia de las enfermeras sobre la importancia del ejercicio para mejorar la calidad de vida de los adolescentes”.

## Tercer Artículo

En este número se presenta una carta interesantísima de una enfermera oncológica que está pasando por un proceso oncológico y está en un ensayo clínico (McCorkle, R. 2019) Lleva varios años enferma y tiene un estadio IV de enfermedad. Relata sus visitas periódicas a la unidad de ensayos y como va saltando tratamiento y vivencias. Repentinamente fallece una profesional que le atendía en la recepción de la unidad cada semana. Esa muerte fue *shock* para la unidad y para los propios pacientes y la compara con la que será su propia muerte. Nos recuerda: “Como enfermeras oncológicas, tenemos oportunidades de utilizar nuestras habilidades y conocimientos para ayudar a otros a hacer frente a muertes repentinas. Hemos aprendido la importancia de los grupos de apoyo para el personal y la curación asociada a los rituales, como asistir a los funerales. Pero cuando hemos perdido a uno de los nuestros, tenemos poca experiencia para asumir el papel de apoyar al personal y no nos permitimos a nosotros mismos llorar al mismo tiempo; Tenemos poca experiencia en ser el consolador y el consolado. Cuando nos encontramos en esta posición, necesitamos a alguien capacitado para facilitar nuestro proceso de duelo. Este proceso puede ser apoyado por un psiquiatra que no participa en la atención directa asociada con los pacientes en la clínica. En nuestro centro de cáncer, nuestros mejores esfuerzos para enfrentar este

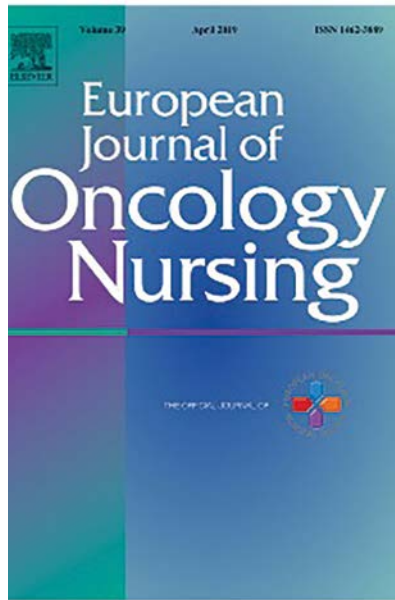
tipo de emergencias son limitados. Nuestros esfuerzos son limitados, no porque no movilizemos recursos cuando un miembro del personal (un amigo, un colega, un ser humano sano, enérgico y bueno) se pierde. De hecho, nuestros administradores estuvieron atentos en la movilización de todo tipo de servicios de crisis, especialistas en duelo y el centro de recursos para empleados / familia. Pero, más bien, son limitados porque el duelo no es un proceso limitado. Se necesita tiempo para desarrollar una relación de confianza que nos permita compartir nuestros pensamientos internos que afectan el núcleo de nuestro ser, el núcleo de nuestro ser: de una enfermera especializada en cáncer y un ser humano que sufre y ve nuestra propia mortalidad en pérdida”.

### European Journal of Oncology Nursing

En el último número destacamos 2 artículos. El primero lleva por título “Comunicación construida en el cuidado centrado en la persona y comunicación no centrada en la persona en consultas externas”.

El objetivo del estudio fue explorar cómo la atención centrada en la persona y la atención no centrada en la persona se construyen verbalmente en consultas entre pacientes y enfermeras. Fue un estudio cualitativo mediante observaciones grabadas en audio de consultas con enfermeras de práctica avanzada en hospitales oncológicos de cuatro hospitales en el Reino Unido a través de un muestreo intencional. El análisis del discurso se utilizó para identificar patrones comunicativos en 45 observaciones. Los resultados principales fueron los siguientes: el discurso dominante fue un discurso orientado no centrado en la persona enmarcado por el modelo biomédico. También fue posible identificar fragmentos de un discurso alternativo, un discurso orientado a la persona que localiza los problemas de salud en el contexto personal y sociocultural del paciente.

Se podría concluir:



- El uso prominente de un discurso no orientado a las personas, que se centra en los aspectos médicos, aspectos técnicos de la evaluación y la evaluación de un paciente en las consultas puede **dificultar que los pacientes formulen preguntas y preocupaciones sobre su vida diaria durante las consultas.**

Sin embargo,

- **Los fragmentos de un discurso orientado a la persona muestran que es posible que las enfermeras permitan un enfoque centrado en la persona en la consulta.**

Las implicaciones que puede tener este estudio tienen que ver con un aumento de la conciencia de las enfermeras sobre el papel del lenguaje evaluativo en la mejora de la comunicación centrada en la persona con los pacientes.

Las construcciones comunicativas del cuidado centrado en la persona son un tema que debe ser estudiado en las consultas.

El **segundo artículo** (Lundberga y cols., 2019) hacen un estudio cuyo título es el siguiente: “Factores estresantes de duelo y bienestar psicosocial de adultos jóvenes después de la pérdida de un padre: una encuesta transversal”.

El conocimiento sobre adultos jóvenes que han perdido a un padre debido a un proceso de cáncer es limitado. Para llegar a un entendimiento más amplio sobre este grupo, este estudio utilizó el Modelo de Proceso Dual como marco teórico para enfrentar el duelo (Stroebe y Schut, 1999). El propósito de este estudio fue describir los factores de estrés por pérdida y restauración orientados a la pérdida de vida y el bienestar psicosocial de los adultos jóvenes después de la pérdida de un padre a causa del cáncer.

Los autores realizaron una encuesta con datos de referencia de un estudio longitudinal. Los adultos jóvenes, de 16 a 28 años de edad, que perdieron a uno de sus padres debido a un cáncer dos meses antes y aceptaron participar en los grupos de apoyo que se llevaron a cabo en tres servicios de cuidados paliativos en Suecia. Respondieron a un cuestionario exhaustivo basado en estudios teóricos específicos. En total hubo 77 adultos jóvenes (64 mujeres y 13 hombres) respondieron el cuestionario en un promedio de cinco a ocho meses después de la pérdida. El 20% (n = 15) no había tenido conocimiento de la muerte inminente de sus padres o solo lo sabía unas pocas horas antes de la muerte, y el 65% (n = 50) no esperaba la muerte cuando ocurrió. Los adultos jóvenes reportaron baja autoestima (n = 58, 76%), ansiedad leve a severa (n = 55, 74%), depresión leve a severa (n = 23, 31%) y baja satisfacción con la vida.

El estudio concluye que **los adultos jóvenes reportaron un bienestar psicosocial deficiente en general después del duelo.** La imprevisión y el desconocimiento de la muerte inminente de los padres, es decir, los factores de estrés relacionados con la pérdida, podrían influir en el bienestar psicosocial. A pesar de estos informes, los factores estresantes orientados a la restauración, como el apoyo de familiares y amigos, los ayudaron a hacer frente a la pérdida.



## ARTÍCULO

# EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA EDUCATIVA Y SEGUIMIENTO PARA LA MEJORA DE LA FATIGA EN PACIENTES DE CÁNCER DE MAMA EN REVISIÓN

## EFFECTIVENESS OF THE NURSING INTERVENTION IN EDUCATION AND FOLLOW-UP IN THE IMPROVEMENT OF FATIGUE IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Pilar Camarero Gómez<sup>1</sup>; Laura Cano García<sup>2</sup>; Antonio Zamudio Sánchez<sup>3</sup>; Adolfo Romero Ruiz<sup>4</sup>; Pablo Fernández Plaza<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Enfermera cuidados de UGCI Oncología Integral de Málaga.

<sup>2</sup>Coordinadora de Cuidados de UGCI de Reumatología de Málaga.

<sup>3</sup>Coordinador de cuidados de UGCI Oncología Integral de Málaga. Miembro de IBIMA.

<sup>4</sup>Enfermero de UGCI de Hematología Clínica de Málaga.

<sup>5</sup>Supervisor de área de hospitalización de UGCI Oncología Integral de Málaga.

Autor de contacto Pilar Camarero Gómez. <sup>1</sup>Enfermera cuidados de UGCI Oncología Integral de Málaga.

Correo electrónico: [pcamarerog@gmail.com](mailto:pcamarerog@gmail.com)

### El presente trabajo recoge los resultados del proyecto de la V BECA HOSPIRA SEEO 2016

#### RESUMEN

**Introducción:** El cáncer sigue representando uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados. El efecto colateral más común del tratamiento del cáncer es la *fatiga relacionada con el cáncer (FRC)*. Se trata de un aspecto que tiene un efecto negativo en la calidad de vida del paciente. Existen pocos estudios sobre intervenciones en la *FRC*, debido a que no se conocen en profundidad las causas y sus posibles mecanismos. Dichas intervenciones se centran en reducir las manifestaciones clínicas. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la eficacia de la intervención enfermera estructurada, para mejorar la *FRC* pacientes de cáncer de mama en periodo de revisión.

**Material y Método:** Se realizó un ensayo clínico controlado, aleatorizado, de tres brazos, para determinar la eficacia de una intervención *educativa más seguimiento*, una *intervención educativa*, frente a un seguimiento por *práctica habitual* o grupo control. La muestra total alcanzada ha sido de un total de 173 mujeres con cáncer de mama de las cuales 56 pertenecen al grupo Control (C), 61 pacientes al grupo Intervención (I) y 55 pacientes al grupo Control y seguimiento (IS). A los que se les entregó el *questionario* FACIT, para evaluar la fatiga, el *questionario de Oviedo* para el sueño, el cribado de *ansiedad-depresión de Goldberg* y el nivel del dolor mediante EVA basal, 3, 6, 9 y 12 meses.

**Resultados:** En la escala FACIT la media para el grupo C=22,7308, el grupo I=17,1321 y en el grupo IS= 23,3529. Se observan diferencias significativas en la correlación entre grupo C e IS, con correlación inversa ( $r=-0.311$ ). Se obtienen diferencias significativas en el grupo Intervención y seguimiento.

**Conclusiones:** Los resultados nos indican que los pacientes a los que se les reforzó la intervención con el seguimiento telefónico tuvieron mejor respuesta. Estos datos nos demuestran la importancia de este tipo de estrategias en la atención a la fatiga relacionada con el cáncer.

**Palabras clave:** Fatiga, intervención enfermera, cáncer de mama.

## ABSTRACT:

**Introduction:** Cancer continues to represent one of the main public health problems in developed countries. The most common side effect of cancer treatment is cancer-related fatigue (CRF). This is an aspect that has a negative effect on the quality of life of the patient. There are few studies on interventions in the CRF, since the causes and their possible mechanisms are known in depth. These interventions focus on reducing clinical manifestations. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of structured nursing intervention, to improve the FRC breast cancer patients in review period.

**Material and Method:** A controlled, randomized, three-arm clinical trial was

conducted to determine the effectiveness of an educational intervention plus follow-up, an educational intervention, versus a follow-up by usual practice or control group. The total sample reached was a total of 173 women with breast cancer, of which 56 belonged to the Control group (C), 61 patients to the Intervention group (I) and 55 patients to the Control and follow-up (IS) group. They were given the FACIT questionnaire to assess fatigue, the Oviedo questionnaire for sleep, the Goldberg anxiety-depression screening and the level of pain using baseline VAS 3, 6, 9 and 12 months.

**Results:** In the FACIT scale, the mean for the group C = 22,7308, the group I =

17,1321 and in the group IS = 23.3529. Significant differences were observed in the correlation between group C and IS, with inverse correlation ( $r = -0.311$ ). Significant differences are obtained in the intervention and follow-up group.

**Conclusions:** The results indicate that the patients whose intervention was reinforced with the telephone follow-up had a better response. These data show us the importance of this type of strategies in attention to fatigue related to cancer.

**Key words:** Fatigue, nurse intervention, breast cancer.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer sigue representando uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados, generando así elevados costes tanto sanitarios como de índole afectiva y social, por lo que requiere de un abordaje multidisciplinar y coordinado<sup>(1)</sup>. Es una enfermedad heterogénea, con diferentes causas pronóstico y tratamiento.

La carga mundial de cáncer sigue aumentando en gran medida debido al envejecimiento y el crecimiento de la población mundial, junto a un incremento en adopción de comportamientos que potencialmente pueden causar cáncer. En 2013 hubo 14,9 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes en el mundo<sup>(2)</sup>. El cáncer de mama es el cáncer diagnosticado con más frecuencia en el mundo y es la causa principal de muerte por cáncer en mujeres de países en desarrollo. Representa el 23% del total de los casos de cáncer y el 14% de las muertes por cáncer<sup>(3)</sup>.

El efecto colateral más común del tratamiento del cáncer es la **fatiga relacionada con el cáncer (FRC)**<sup>(4)</sup>. Se trata de un aspecto que tiene un efecto negativo en la calidad de vida del paciente<sup>(5)</sup>. La FRC es una complicación habitual de los tratamientos del cáncer (citotóxicos, qui-

mioterapia, radioterapia, trasplante de médula ósea o tratamientos biológicos)<sup>(6-8)</sup>. De acuerdo con una encuesta realizada a 1569 pacientes con cáncer, de aquellos pacientes que recibían quimioterapia o radioterapia, el 80% presentaban fatiga<sup>(9,10)</sup>. De Jong, establece que los pacientes que recibieron radioterapia además de quimioterapia tenían niveles más altos de fatiga que los que solo habían recibido quimioterapia<sup>(11)</sup>. En los pacientes con metástasis, el número era mayor del 75%<sup>(12-15)</sup>.

La Red Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (NCCN)<sup>(16)</sup> define la fatiga como *“una sensación subjetiva y persistente de cansancio físico, emocional y/o cognitivo, relacionada con el tratamiento del cáncer, que no es proporcional a la actividad reciente y que interfiere con la funcionalidad diaria”*. Este efecto secundario se considera la mayor causa de dependencia funcional en pacientes con cáncer especialmente en ancianos<sup>(17)</sup>. La fatiga impacta en las actividades diarias, las relaciones sociales y la calidad de vida del paciente con cáncer<sup>(18)</sup>, e incluso ha sido postulada como un predictor de supervivencia en pacientes con cáncer de mama<sup>(19)</sup>.

Las causas de la FRC no son conocidas en profundidad, ya que pueden influir

en su aparición una amplia variedad de factores como: el tipo de tratamiento, la presencia de anemia, las alteraciones en el sueño, el estrés, la desnutrición, la inactividad y/o medicación concomitante no siendo habitual su aparición como un síntoma aislado, va unido generalmente a otros como el dolor, la anemia, y la presencia de variables psicológicas como la ansiedad y la depresión, así como la calidad del sueño<sup>(20)</sup>.

Existen pocos estudios sobre intervenciones en la FRC, debido a que no se conocen en profundidad las causas y sus posibles mecanismos. Dichas intervenciones se centran en reducir las manifestaciones clínicas<sup>(5)</sup>. Los pacientes refieren un difícil acceso a la información de cómo gestionar la FRC y tienden a descansar más o limitar su actividad, métodos que, además de ser ineficaces, suelen agravar la fatiga<sup>(21)</sup>.

En el tratamiento no farmacológico de la FRC, se propone el ejercicio físico como una de las actividades más efectivas y seguras para promover el bienestar psicológico durante y después del tratamiento<sup>(22)</sup>. Según la revisión sistemática actualizada en 2012 de Cramp y Byron, publicada por la colaboración Cochrane, sobre ejercicio físico y fatiga relacionada

con cáncer, el ejercicio aeróbico puede ser considerado como una intervención beneficiosa para personas con fatiga relacionada con cáncer, con resultado fiable y mejoras significativas<sup>(23)</sup>.

Los programas de educación de enfermería para los pacientes han demostrado resultados contradictorios en la reducción de la FRC<sup>(5,21,24)</sup>. La intervención mediante educación, han demos-

trado una reducción en la ansiedad y una mejora del humor<sup>(21)</sup>, sin embargo, no existe un consenso sobre si disminuye la severidad de la fatiga<sup>(24,25)</sup>.

## OBJETIVO GENERAL

Evaluar la eficacia de la intervención enfermera estructurada, para mejorar

la FRC pacientes de cáncer de mama en periodo de revisión.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

\* Evaluar la presencia de fatiga en las pacientes de cáncer de mama en periodo de revisión.

\* Evaluar la presencia de ansiedad/depresión en las pacientes de cáncer de mama en periodo de revisión.

\* Evaluar la evolución de la calidad del sueño en las pacientes de cáncer de mama en periodo de revisión.

## METODOLOGÍA

### Diseño del estudio

Se realizó un ensayo clínico controlado, aleatorizado, de tres brazos, para determinar la eficacia de una intervención **educativa más seguimiento, una intervención educativa**, frente a un seguimiento por **práctica habitual** o grupo control.

### Población de estudio

Pacientes con cáncer de mama que acudieron a la Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

### Criterios de inclusión

- Pacientes con cáncer de mama, documentado histológicamente, entre su primera y tercera cita de revisión que han recibido tratamiento anti-neoplásico, incluidas terapias biológicas excepto hormonoterapia.
- Edad  $\geq 18$

### Criterios de exclusión

- Pacientes con dificultad para la comprensión oral y escrita del idioma español.
- Enfermedades concomitantes graves, incompatibles con el estudio,

que no le permitan participar en la intervención educativa.

- Pacientes que han sido diagnosticados y tratados de otro tipo de cáncer con anterioridad.
- Pacientes con metástasis cerebrales o sin metástasis cerebrales, clínicamente inestables en el momento de inicio del estudio.
- Pacientes mayores de 80 años y/o con limitaciones físicas o sociales para acudir a las sesiones educativas.

## INTERVENCIÓN

### Pautas visita grupo control. (C)

En la primera visita tras la aleatorización, se les entregó a las pacientes el cuestionario FACIT, para evaluar la fatiga, el cuestionario de *Oviedo* para el sueño, el cribado de *ansiedad-depresión de Goldberg* y el nivel del dolor mediante EVA. La fatiga también fue evaluada con los resultados NOC; conservación de la energía y nivel de fatiga.

Estos cuestionarios se repitieron a los 3, 6, 9 y 12 meses tras la fecha de inclu-

sión en el estudio. Los cuestionarios fueron entregados al paciente para que los auto cumplimentaran y posteriormente se los devolvieron a la enfermera que se los entregó.

A partir de ese momento, el grupo control siguió la pauta normal de visitas a consulta médica con su oncólogo. La enfermera de la consulta de enfermería es quien realizó la entrega y recogida de cuestionarios.

### Pautas visita grupo Intervención. (I)

La primera visita y entrega de cuestionarios siguió el mismo proceso que el grupo control.

**Programa de la primera sesión (BASAL)**, los contenidos de esta sesión han sido:

1. Qué es la fatiga.
2. Autocuidado: Fatiga.
3. El descanso.
4. Consejos para hacer ejercicios.
5. Ejercicios de resistencia.

6. Ejercicios de tonificación.
7. Estiramientos.
8. Proceso de la reestructuración cognitiva

**Programa de la segunda sesión (3 meses), los contenidos de esta sesión han sido:**

1. Características de los pensamientos automáticos.
2. Reestructuración cognitiva.
3. Manejo de las emociones.
4. Emociones.
5. Relajación.
6. Técnicas de relajación mediante la respiración.

**Pauta visita grupo Intervención + Seguimiento (IS)**

La primera visita y entrega de cuestionarios siguió el mismo proceso que el grupo control. El contenido del programa educativo ha seguido la misma me-

todología y contenidos que el grupo de intervención.

**Seguimiento telefónico de refuerzo** estructurado a los 6, 9 y 12 meses.

Tanto el grupo de I y grupo de IS, las intervenciones son realizadas por la misma profesional, la enfermera de consulta de enfermería oncológica de nuestro centro. Así como la entrega y recogida de cuestionarios.

**Aspectos éticos**

Los datos de los participantes han sido manejados de forma confidencial respetando las ordenanzas de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99 de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. De acuerdo con los principios de Helsinki y del informe Belmont se explicó a los participantes el objetivo y se obtuvo el consentimiento informado. El estudio contó

con la aprobación del Comité de ética de Investigación CEI de Centro Provincial de Málaga.

**Análisis estadístico**

Se realizaron medidas centralizadas, con el cálculo de la media y mediana de los tres grupos, así como de los valores sociodemográficos recogidos.

Se calculó la homocedasticidad mediante el test de Levene y la normalidad de la muestra mediante la realización del test de Kolmogorov-Smirnov. Una vez calculada la normalidad, con  $p > 0.05$ , se realizó la prueba no paramétrica de Friedman para comparaciones intragrupo para cada uno de los test realizados (FACIT, Goldberg, Escala de Sueño y EVA).

Se realizó correlación de Pearson para establecer relaciones entre el sumatorio de la Escala FACIT y las distintas escalas utilizadas (EVA, Goldberg y Oviedo).

**RESULTADOS**

La muestra total alcanzada ha sido de un total de 173 paciente de las cuales 56 pertenecen al grupo Control (C), 61 pacientes al grupo Intervención (I) y 55 pacientes al grupo Control y seguimiento (IS). La media de edad del grupo Control (C) es 59,8 años. Del grupo Intervención (I) es de 58,61 años y la media de edad del grupo Control y seguimiento (IS) es de 56,52 años.

Es importante señalar el porcentaje de pacientes que reciben Radioterapia en cada grupo ya que como apuntamos en el informe De Jong, establece que los pacientes que recibieron radioterapia además de quimioterapia tenían niveles más altos de fatiga que los que solo habían recibido quimioterapia: Grupo control recibe un 69,6% radioterapia. Grupo I reciben RT 80,3%. Grupo IS reciben RT 82,9%.

La media entre los tres grupos no difiere en exceso, como se evaluó después mediante comparación de medias, si bien en el grupo I el nivel de fatiga se encuentra por debajo de la media de los otros dos grupos.

Para evaluar la fatiga en niveles basales se realizó la prueba T de Student para muestras relacionadas, comparando las medias de los tres grupos entre sí.

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
RAMA 1	SUMA_FACIT_C	23,1250	48	11,44018	1,65125
	SUMA_FACIT_IS	24,0417	48	12,99748	1,87602
RAMA 2	SUMA_FACIT_C	23,3958	48	11,56248	1,66890
	SUMA_FACIT_I	17,7083	48	13,10994	1,89226
RAMA 3	SUMA_FACIT_I	17,7660	47	13,23568	1,93062
	SUMA_FACIT_IS	22,3191	47	13,08352	1,90843

Correlaciones de muestras emparejadas				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	SUMA_FACIT_C & SUMA_FACIT_IS	48	-,311	,031
Par 2	SUMA_FACIT_C & SUMA_FACIT_I	48	,265	,069
Par 3	SUMA_FACIT_I & SUMA_FACIT_IS	47	,224	,131

Las correlaciones entre grupos eran débiles debido a la homogeneidad de la muestra, sin diferencias significativas entre los tres grupos. Se observan diferencias significativas en la correlación

entre grupo C e IS, con correlación inversa ( $r=-0.311$ ).

También se realizaron medidas de centralización para las variables que medían dolor

(Escala EVA), Sueño (Escala Oviedo) y Ansiedad-depresión (Escala Goldberg).

Las correlaciones en la variable dolor, medida con la escala EVA, son las siguientes:

Correlaciones de muestras emparejadas EVA				
		N	Correlación	Sig.
RAMA 1	EVA_0m & EVA_I	51	,226	,111
RAMA 2	EVA_0m & EVA_IS	48	,281	,053
RAMA 3	EVA_I & EVA_IS	52	,092	,517

En este caso, sí se muestran diferencias significativas al comparar la escala EVA del grupo C con el grupo I ( $p=0,002$ ).

En las comparaciones de medias entre las tres variables de estudio de la Escala Oviedo

Solo se hallaron diferencias significativas al comparar medias de la variable Insomnio en los grupos Control e Intervención.

Para los valores de la Escala Goldberg, que mide Ansiedad-depre-

sión Las comparaciones de medias entre los tres grupos mostraron los siguientes datos, comparando por un lado Ansiedad y, por otro, depresión.

Correlaciones de muestras emparejadas Escala Goldberg				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	GOL_SUBAN_0m & GOL_SUBANS_I	51	,112	,434
Par 2	GOL_SUBAN_0m & GOL_SUBANS_IS	52	-,107	,451
Par 3	GOL_SUBANS_IS & GOL_SUBANS_I	49	-,070	,634

Se hallaron diferencias significativas al comparar las medias del grupo C y el grupo I ( $p=0,49$ )

Las correlaciones en la Subescala de depresión fueron las siguientes:

Correlaciones de muestras emparejadas Sub Escala Depresión				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	GOL_SUBDE_0m & GOL_SUBDE_I	51	,128	,371
Par 2	GOL_SUBDE_0m & GOL_SUBDE_IS	52	-,150	,288
Par 3	GOL_SUBDE_IS & SGOL_SUBDE_I	49	,152	,296



En la subescala depresión, se hallaron diferencias significativas al comparar medias de los grupos C e I ( $p=0,009$ ) y los grupos IS e I ( $p=0,008$ ) Se evaluaron los valores de la escala FACIT en el cuestionario basal (0 meses) y al término del estudio (12 meses), con los siguientes resultados:

Correlaciones de muestras emparejadas Escala FACIT				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	SUMA_FACIT_IS & SUMA_FACIT_IS_12M	14	,546	,043
Par 2	SUMA_FACIT_I & SUMA_FACIT_12M	12	-,753	,005
Par 3	SUMA_FACIT_C & SUMA_FACIT_C_12M	39	,551	,000

Se hallaron diferencias significativas en la comparación de medias con los tres grupos, si bien la muestra es reducida debido a la pérdida de pacientes a lo largo del estudio.

Asimismo, se hallaron diferencias significativas en la comparación de medias del grupo IS ( $p=0,01$ ), lo que concuerda con la diferencia de medias que se

muestra en dicho grupo, reflejada en la siguiente tabla:

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	SUMA_FACIT_IS	27,7857	14	13,90174	3,71540
	SUMA_FACIT_IS_12M	18,0714	14	10,78078	2,88129
Par 2	SUMA_FACIT_I	14,0000	12	11,46536	3,30977
	SUMA_FACIT_12M	16,9167	12	10,38757	2,99863
Par 3	SUMA_FACIT_C	23,2308	39	11,59506	1,85670
	SUMA_FACIT_C_12m	20,0256	39	12,03829	1,92767

## CONCLUSIONES

A pesar de los datos reflejados en cuanto a Fatiga en este tipo de pacientes y la expresión por parte de las participantes en el estudio de las dificultades que les crea en la realización de las actividades de la vida diaria, hemos percibido a lo largo de todo el estudio la dificultad para asistir a las sesiones de intervención. Han manifestado la priorización de otros aspectos de su vida como de las personas de su entorno antes que dicha asistencia. Esto ha llevado a la pérdida de participación en nuestro estudio en

los grupos Intervención e Intervención y Seguimiento.

Con todo ello, en este estudio se obtiene en el grupo intervención y seguimiento las diferencias más significativas, los resultados en este grupo muestran la efectividad de la intervención y seguimiento de refuerzo telefónico como estrategias en la atención a la fatiga relacionada con el cáncer. Implementar estas intervenciones educativas en la propia consulta de enfermería en la asistencia normalizada conlle-

varía el beneficio puesto de manifiesto en nuestro estudio. Evitando las asistencias extras al centro por parte de las pacientes que se han realizado durante el estudio.

Cabe destacar el reflejo de los datos de la escala Goldberg en cuanto a sus subescalas Ansiedad y Depresión. Aspectos que nos lleva a reflexionar sobre la importancia de implementar estrategias en la atención de estos dos aspectos, fundamentales en el tratamiento del paciente oncológico.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Expósito Hernández J, Escalera de Andrés C, Torró García-Morato C, Domínguez Nogueira C, Amo Alfonso M, Bayo Lozano E, et al. II Plan Integral de Oncología de Andalucía: 2007-2012. 2007 [cited 2015 Aug 2]; Available from: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/626>
2. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. The global burden of cancer 2013. *JAMA Oncol*. 2015 Jul 1;1(4):505–27
3. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2011;61(2):69–90.
4. Prue G, Rankin J, Allen J, Gracey J, Cramp F. Cancer-related fatigue: a critical appraisal. *Eur Jour Cancer*. 2006;42(7):846–63.
5. Godino C, Jodar L, Durán Á, Martínez I, Schiaffino A. Nursingeducation as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. *Eur Jour of Oncol Nurs*. 2006;10(2):150–5.
6. Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F, Mock V. Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *Lancet*. 2003 Aug 23;362(9384):640–50.
7. Collins JJ, Devine TD, Dick GS, Johnson EA, Kilham HA, Pinkerton CR, et al. The measurement of symptoms in young children with cancer: the validation of the Memorial Symptom Assessment Scale in children aged 7-12. *J Pain Symptom Manage*. 2002 Jan;23(1):10–6.
8. Wagner LI, Cella D. Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches. *Br J Cancer*. 2004 Aug 31;91(5):822–8.
9. Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, Traina S, Wade S, Cella D. Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the U.S. *Support Care Cancer*. 2008 Jul;16(7):791–801.
10. Hoffman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12 Suppl 1:4–10.
11. de Jong N, Candel MJJM, Schouten HC, Abu-Saad HH, Courtens AM. Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Ann Oncol*. 2004 Jun;15(6):896–905.
12. Curtis EB, Krech R, Walsh TD. Common symptoms in patients with advanced cancer. *J Palliat Care*. 1991;7(2):25–9.
13. Portenoy RK, Kornblith AB, Wong G, Vlamis V, Lepore JM, Loseth DB, et al. Pain in ovarian cancer patients. Prevalence, characteristics, and associated symptoms. *Cancer*. 1994 Aug 1;74(3):907–15.
14. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Coyle N, et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res*. 1994 Jun;3(3):183–9.
15. Ventafridda V, De Conno F, Ripamonti C, Gamba A, Tamburini M. Quality-of-life assessment during a palliative care programme. *Ann Oncol*. 1990 Nov;1(6):415–20.
16. Finly J, Zachariah AB. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology. version 2.2015.  
  
Available from: [http://www.nccn.org/professionals/physicia\\_gls/pdf/fatigue.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physicia_gls/pdf/fatigue.pdf)
17. Luciani A, Jacobsen PB, Extermann M, Foa P, Marussi D, Overcash JA, et al. Fatigue and functional dependence in older cancer patients. *Am J Clin Oncol*. 2008 Oct;31(5):424–30.
18. Hartvig P, Aulin J, Hugerth M, Wallenberg S, Wagenius G. Fatigue in cancer patients treated with cytotoxic drugs. *J Oncol Pharm Pract*. 2006 Sep;12(3):155–64.
19. Groenvold M, Petersen MA, Idler E, Bjorner JB, Fayers PM, Mouridsen HT. Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *BreastCancer Res Treat*. 2007 Oct;105(2):209–19.
20. Richardson A, Ream E, Wilson-Barnett J. Fatigue in patients receiving chemotherapy: patterns of change. *Cancer nursing*. 1998;21(1):17–30.
21. Ream E, Richardson A, Alexander-Dann C. Supportive intervention for fatigue in patients undergoing chemotherapy: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Feb;31(2):148–61.
22. Brown JC, Huedo-Medina TB, Pescatello LS, Pescatello SM, Ferrer RA, Johnson BT. Efficacy of exercise interventions in modulating cancer-related fatigue among adult cancer survivors: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011 Jan;20(1):123–33.
23. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2015 Aug 2]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006145.pub3/abstract>
24. Schjolberg TK, Dodd M, Henriksen N, Asplund K, Smla astuen MC, Rustoen T. Effects of an educational intervention for managing fatigue in women with early stage breast cancer. *Eur Jour Oncol Nurs*. 2014;18(3):286–94.
25. Armes J, Chalder T, Addington-Hall J, Richardson A, Hoptopf M. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief, behaviourally oriented intervention for cancer-related fatigue. *Cancer*. 2007;110(6):1385–95.



## Plan de seguimiento para el largo superviviente de cáncer

*Diario Médico enero 2019*

Los avances en la detección precoz del cáncer y en los tratamientos oncológicos contribuyen a reducir la mortalidad. Cada vez más pacientes sobreviven a un cáncer. Según datos de la SEOM, se calcula que en España hay más de un millón y medio. Esta población de largos supervivientes plantea unas necesidades específicas, de seguimiento y de promoción del bienestar físico y psicológico. Además, las recomendaciones en las personas que han superado un cáncer son diferentes a las de la población sin antecedentes oncológicos y se basan casi siempre en un consenso de expertos más que sobre la base de la evidencia científica.



## La ciencia no respalda el consumo de ajo para reducir el riesgo de cáncer

*Investigación y Ciencia diciembre 2018*

No se puede establecer ninguna relación entre la ingesta de ajo y la disminución del riesgo de cáncer. Así concluye una nueva evaluación de Nutrimedia, un proyecto de OCC-UPF, realizado en colaboración con el Centro Cochrane Iberoamérica y la Fecyt. El mensaje que vincula el consumo de ajo y suplementos derivados con un menor riesgo de cáncer se considera "incierto", porque la confianza que podemos depositar en los resultados publicados es muy baja. Esto no significa que en un futuro no se pueda concluir que ejerce algún efecto protector, sino que se necesitan ensayos clínicos rigurosos que nos puedan ofrecer una respuesta.



## La inteligencia artificial puede detectar el cáncer de mama con la misma precisión que un radiólogo

*Diario Enfermero marzo 2019*

Investigadores del Radboud University Medical Centre (Países Bajos) compararon, a nivel de caso, el rendimiento de detección de cáncer de un sistema de inteligencia artificial con el de 101 radiólogos que obtuvieron nueve cohortes de exámenes de mamografía de cuatro fabricantes diferentes como parte de estudios realizados previamente para otros fines. El rendimiento del sistema de inteligencia artificial no fue estadísticamente inferior al promedio de los 101 radiólogos. El sistema evaluado logró una precisión de detección de cáncer comparable a la de un radiólogo de mamas promedio en este contexto retrospectivo.



## El número de tumores asociados al tabaco se duplica en casi 20 años

*SINC enero 2019*

Un nuevo estudio realizado en León, pero representativo de toda España, revela cómo el número de tumores asociados al tabaco se ha incrementado notablemente en las últimas décadas. Al analizar los datos disponibles entre 1997 a 2014, los investigadores han comprobado que el aumento de las cifras del cáncer relacionado con el hábito de fumar es más pronunciado entre las mujeres. El 75% de los tumores analizados corresponden al cáncer de pulmón y vejiga. Los investigadores estiman que un 59% de los casos de cáncer analizados podrían ser atribuidos directamente al tabaco.



## Alertan de "la amenaza invisible" de la quimioterapia sobre las enfermeras oncológicas

*Diario Enfermero marzo 2019*

La quimioterapia salva la vida a muchos pacientes con cáncer. Sin embargo, estos fármacos son a veces peligrosos para los trabajadores sanitarios, como las enfermeras oncológicas, que están en contacto diario con ellos. A pesar de los riesgos, muchas enfermeras siguen trabajando sin los equipos de protección recomendados como guantes o trajes. Así lo demuestra un estudio elaborado por investigadores del Centro de cáncer Rogel de la Universidad de Michigan que ha sido publicado en el Oncology Nursing Forum.



## La OMS pide revisar precios y resultados de los nuevos fármacos contra el cáncer

*Diario Médico enero 2019*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está estudiando un informe de su director general, Tedros Ghebreyesus, sobre fármacos oncológicos, en el que analiza las políticas de precios, la transparencia y el impacto en el acceso y equidad en el mercado medicamentos para tratar el cáncer. Según concluye, la progresiva y creciente aparición de terapias oncológicas que apenas mejora supervivencia y calidad de vida obliga a reevaluar el análisis de los beneficios de los nuevos fármacos. El análisis se está llevando a cabo en la 144 Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS.



### DESCRIPCIÓN

Definimos cardiotoxicidad como el daño producido sobre el músculo cardíaco por los fármacos antineoplásicos utilizados en el tratamiento contra el cáncer. La forma de presentarse es generalmente como una miocardiopatía que evoluciona a una insuficiencia cardíaca, o como alteraciones en la contractilidad cardíaca que se manifiestan como arritmias.

#### MIOCARDIOPATÍAS QUIMIOINDUCIDAS:

Las antraciclinas son el ejemplo más claro de esta toxicidad. Producen un daño miocárdico que es dosis dependiente, lo que lleva a un fallo cardíaco (insuficiencia cardíaca congestiva, ICC) con el incremento de dosis. Aparece insuficiencia cardíaca en el 7,5% de los pacientes que han recibido una dosis acumulada de *doxorubicina* de 550 mg/m<sup>2</sup>, y dicho porcentaje aumenta de forma lineal a partir de dicha dosis.

Hay tres formas de presentación de la toxicidad cardíaca asociada a **antraciclinas**:

#### 1. Cardiotoxicidad aguda.

Ésta ocurre durante el tratamiento o pocas horas después de su administración y consiste principalmente en taquicardias. Estos efectos son, por lo general, transitorios y ocurren en hasta un 40% de los pacientes; no son dependientes de la dosis ni están relacionados con el desarrollo de miocardiopatía posterior. En algunos casos pueden evolucionar desarrollando un derrame pericárdico, pudiendo llegar al fallo cardíaco. Desaparecen al interrumpir el tratamiento.

#### 2. Cardiotoxicidad crónica.

Puede aparecer después de la administración de la última dosis hasta 30 meses más tarde, con un pico a los 3 meses de su

última administración. Es debida al desarrollo de una miocardiopatía degenerativa dependiente de la dosis y que puede culminar en un fallo cardíaco congestivo (ICC). Las manifestaciones clínicas son indistinguibles de otras formas de fallo cardíaco:

- Taquicardia sinusal (aumento del número de pulsaciones cardíacas)
- Taquipnea (aumento del número de respiraciones)
- Disnea (sensación de falta de aire o fatiga)
- Cardiomegalia
- Edema periférico (hinchazón de extremidades)
- Edema pulmonar (acumulo de líquido en pulmones)
- Hepatomegalia
- Congestión venosa
- Derrame pleural (presencia de líquido en pleura)
- Signos de bajo gasto (hipotensión, frialdad de extremidades, mareos)

#### 3. Cardiotoxicidad tardía.

Descompensaciones tardías de enfermos que se han recuperado de una cardiotoxicidad subaguda o fallos cardíacos de novo, pueden aparecer 6 a 20 años después del tratamiento. Pueden aparecer arritmias graves, incluyendo taquicardias y fibrilaciones ventriculares y bloqueos de segundo y tercer grados. El estado cardíaco, medido con métodos no invasivos (ecocardiografía) al término del tratamiento con antraciclinas predice la probabilidad de desarrollar alteraciones tardías orientándonos así sobre la frecuencia de seguimiento a largo plazo.

### TRATAMIENTO

El mejor tratamiento, es una vez más la prevención. Es muy importante detectar precozmente aquellos pacientes con riesgo de toxicidad. Es imprescindible comunicar al oncólogo la existencia de cualquier grado de disfunción cardíaca, así como la toma de medicación como diuréticos o antiarrítmicos.

La realización de una ecocardiografía previa al tratamiento y al finalizarlo detecta alteraciones en la contractilidad cardíaca y en su función. El principal método de prevención es limitar la dosis total acumulada de los fármacos.

El tratamiento farmacológico es el de cualquier insuficiencia cardíaca, con el empleo de fármacos como *IECAS* (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina: *enalapril*, *captopril*), betabloqueantes (*carvedilol*, *metoprolol*, *bisoprolol*) y diuréticos (*furosemida*, *clortalidona*, *torasemida*) e incluso trasplante cardíaco en enfermos refractarios al tratamiento y libres de enfermedad neoplásica.

*lidona*, *torasemida*) e incluso trasplante cardíaco en enfermos refractarios al tratamiento y libres de enfermedad neoplásica.

#### Cuidados de enfermería:

- En la anamnesis de enfermería asegurarse que la/él paciente no tiene antecedentes cardíacos
- Educar a paciente y familia de los efectos secundarios de los tratamientos, en este caso toxicidad cardíaca y cómo detectarla a nivel físico
- En el caso de aparición, contactar lo antes posibles con los profesionales que atienden su caso para diagnosticarla y tratarla.
- Explicar al paciente y familia, la importancia de dosificar las actividades de su vida diaria en función de su estado.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

Blasco A, Caballero C. Toxicidad de los tratamientos oncológicos [Internet]. Madrid: Sociedad Española Oncología Médica; 2013. [acceso 8 de Marzo 2019] Disponible en:

<https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/toxicidad-de-los-tratamientos-oncologicos>

Moja L, Tagliabue L, Balduzzi S, Parmelli E, Pistotti V, Guarneri V, D'Amico R. Regímenes con trastuzumab para el cáncer de mama temprano. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 4. Art. No.: CD006243. DOI: 10.1002/14651858.CD006243



# ¿SABÍAS QUE...?

Ana Palacios Romero



## HALLADO UN MARCADOR PRECOZ DEL DAÑO CARDIACO DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER

elpais.com

Alrededor de un 25% de las personas con un cáncer que reciben tratamientos con antraciclinas desarrollará dolencias cardíacas. Detectarlas lo antes posible es fundamental para evitar que, literalmente, el remedio sea peor que la enfermedad. E investigadores del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) han descubierto lo que definen como el método de diagnóstico más precoz: una una resonancia magnética que detecta sus primeras manifestaciones, que son edemas (hinchazones) de agua intracelular.

En el difícil equilibrio de sanar y no dañar, tan importante en los procesos oncológicos, la quimio es el caso extremo: aunque cada vez se afina y controla más, se asumen ciertos efectos adversos (desde la anemia a la calvicie) a cambio del beneficio ante un problema mayor, el avance del tumor. Dentro de esos daños colaterales, uno importante es el corazón. Y detectar cuándo se produce es clave para regular el tratamiento. Con este hallazgo, que publica hoy la revista de la Sociedad Americana de Cardiología *JACC*, se puede suspender la medicación si aparece el daño. “*La toxicidad cardíaca puede llegar a ser muy grave y condenar al superviviente del cáncer a insuficiencia cardíaca crónica o, incluso, a fallecer por esta complicación*”, afirma el CNIC en una nota. Este marcador descubierto se ve afectado mucho antes que cualquiera de los marcadores utilizados en la actualidad de manera clínica, por lo que el hallazgo tiene gran impacto”, añade el organismo.

La relación entre ambos tipos de patologías es cada vez mejor conocida. Tanto, que ya existe una especialidad que es la cardio-oncología dedicada precisamente

a estudiar esa interacción. “*Actualmente hay tres grandes retos en la cardio-oncología: conocer mejor los mecanismos fundamentales responsables del daño cardíaco asociado a estos tratamientos tan eficaces; realizar un diagnóstico precoz del daño miocárdico, que actualmente se realiza cuando es irreversible en muchos casos, y desarrollar terapias específicas*” basadas en el conocimiento del mecanismo por el que empieza el perjuicio (ese pequeño edema) para sustituir “los tratamientos usados hoy día para la cardiotoxicidad, que son inespecíficos y poco eficaces en general”, dice el coordinador del estudio, Borja Ibáñez, director de Investigación Clínica del CNIC y cardiólogo en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Ana Santaballa, vocal de junta directiva de SEOM, confirma la importancia de encontrar este tipo de marcadores. “*En oncología nos pasamos el día equilibrando. Conforme avanzamos en el tratamiento del cáncer, y ahora muchos se van a curar, nos preocupan más los efectos secundarios de los tratamientos a largo plazo, como la toxicidad cardiovascular*”, dice la jefa de sección de Oncología Médica del hospital de La Fe de Valencia. “*Ahora vemos que muchos tumores los curamos y los pacientes se mueren de patologías cardiovasculares*”.

La investigadora afirma que las antraciclinas son fundamentales en el tratamiento de muchos cánceres, como los de mama y los linfomas, entre otros. Un marcador ofrece “*la posibilidad de saber qué paciente va a desarrollar ese efecto secundario, que si detecta precozmente podría incluso revertirse. O detectar que el riesgo es tan elevado que no justifica tratarlo*” concluye.

Para el estudio, los investigadores han usado cerdos, el modelo animal con el corazón más similar al humano, tanto que se ha planteado varias veces usarlo para trasplantes. Se les inyectó el fármaco, y se les hicieron resonancias cardíacas hasta descubrir la lesión utilizando la denominada *T2 mapping*, una metodología de resonancia magnética cardíaca.

Además del valor del indicador en sí, también se da una explicación de la causa. La medicación empieza a dañar a las mitocondrias dentro de las células cardíacas, y

esto genera un edema intracelular, explica Carlos Galán-Arriola, primer autor del estudio.



## EL RIESGO DE SUICIDIO SE MULTIPLICA TRAS UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

El estudio, liderado por Hesham Hamoda, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, y Ahmad Alfaar, del hospital Charité, de Berlín, analizó la información de 4.671.989 pacientes registrados en la base de datos estadounidense SEER entre 2000 y 2014. De esas pacientes, que representan el 28% de todos los que existieron en el país norteamericano en ese periodo, se quitaron la vida 1.585 dentro del primer año posterior a recibir la noticia de que sufrían algún tipo de cáncer.

“*La concienciación entre los médicos para vigilar el riesgo de suicidio y dirigir [a los enfermos] a los profesionales de salud mental es importante para mitigar ese riesgo y salvar vidas, especialmente durante los primeros seis meses tras el diagnóstico*”, apuntó Alfaar. “*Además, los familiares y los cuidadores deben ser entrenados para proporcionar apoyo a sus parientes enfermos*”, ha añadido.

En España, donde se registran alrededor de 3.600 suicidios al año, no se ha cuantificado cuántos de ellos pueden ser achacables a un diagnóstico de cáncer. Sin embargo, según explica Ruth Vera, presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), los médicos toman en cuenta ese riesgo. “*Cuando hacemos la primera visita en el servicio de oncología, se tienen en cuenta los antecedentes médicos del paciente, incluidos los antecedentes psiquiátricos, si ha tenido depresión, por ejemplo*”, explica. “*Y cada vez se incorpora más la figura del psicooncólogo, no solo por el tema del suicidio sino por todo el impacto emocional que puede tener un diagnóstico de este tipo*”, añade.

Una de estas psicooncólogas es Eva Rodríguez Bruzos, del Hospital del Mar en Barcelona. Coincide en que se tiene muy en cuenta la historia previa del paciente, “si ha tenido problemas emocionales, vemos cómo los ha afrontado, si ha tenido ideas de hacerse daño o de suicidio...”, y añade que la valoración debe ser amplia. “Hay que tener en cuenta el momento de la enfermedad en que se encuentra el paciente, porque puede cambiar”, señala Rodríguez. “Hay personas que quieren luchar más que otras después de recibir el diagnóstico, pero después de muchos años, cuando hay mucho sufrimiento, se produce un agotamiento, porque el dolor desgasta mucho”, continúa. “Las personas van cambiando y hay que adaptarse”, señala.

La forma de afrontar el cáncer, que hasta hace no tanto era un monstruo inabordable, ha cambiado y eso puede mitigar su impacto emocional. “Cada vez hay más cultura. Hace quince o veinte años te encontrabas a mucha gente que te pedían que no les informases, que no explicases, que tomases la decisión que mejor te pareciese, pero sin decir nada. Casi pedían que no se nombrase la palabra cáncer o la palabra quimio”, recuerda Vera. “Todavía se dan casos así, pero el paciente tiene cada vez más información y participa más en el proceso de decisión”, indica.

Tanto Vera como Rodríguez consideran que el problema es importante y recalcan que el apoyo psicológico es fundamental, sin embargo, ninguna de las dos especialistas, con amplia experiencia, han vivido muchos casos de suicidio entre sus pacientes. Vera cree que habrá tenido uno o dos casos en toda su carrera y Rodríguez no recuerda ninguno. “En una ocasión, hubo un paciente al que vi mal y yo misma le acompañé a urgencias para asegurarme de que no se hiciera daño”, concluye.



## SEEN ALERTA ANTE LAS DIETAS QUE DICEN CURAR EL CÁNCER

efesalud.com

Así lo ha puesto de manifiesto la presidenta de la SEEN, Irene Bretón, y el vocal de comunicación de esta sociedad, Francisco Botella, en la conferencia de prensa

de presentación de la reunión “*Controversias en Endocrinología y Nutrición*” que ha reunido en Madrid a un millar de expertos.

En este encuentro se analizarán la evolución y avances en enfermedades como obesidad, diabetes, tumores endocrinos o tiroides pero también el uso del big data en la práctica clínica, la importancia de los ritmos biológicos en la función metabólica o el uso de sustancias dopantes en el deporte.

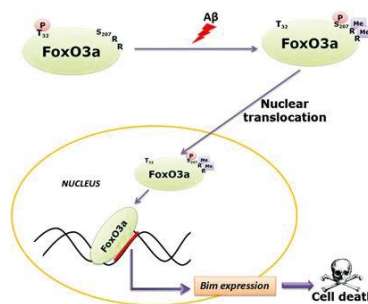
Respecto al cáncer, Francisco Botella ha mencionado dietas como la alcalina, la citogénica o la dieta de ayuno intermitente como algunos ejemplos de riesgo para los pacientes, sobre todo si deciden abandonar los tratamientos oncológicos.

Además, ha indicado Irene Bretón, “*muchos suplementos naturales interfieren con los medicamentos antineoplásicos y pueden aumentar los efectos secundarios o restar efectividad al tratamiento*”.

Según el vocal de la SEEN, “*si buscas en internet, el 99 % de lo que aparece es un fraude peligroso y lo científico es difícil de encontrar*”.

Por esa razón, los endocrinólogos y dietistas consideran importante su papel en la atención integral del enfermo de cáncer.

Pero en la sanidad pública, “*siempre nos hemos tenido que hacer hueco a codazos y si no hay un apoyo nutricional ante un paciente que ha perdido kilos ese tratamiento contra el cáncer va a ser muchísimo peor*”, ha afirmado Botella.



## DESACTIVAR LA AUTOFAGIA AYUDA A LA QUIMIOTERAPIA A ESTRESAR LAS CÉLULAS CANCERÍGENAS HASTA LA MUERTE

europa press

Un proceso llamado autofagia (del término griego “autoconsumo”) ayuda a las células a sobrevivir al estrés. Básicamente, la

autofagia actúa como un tipo de sistema de reciclaje celular en el que las partes no deseadas o viejas se degradan y se reutilizan para promover la salud celular. Desafortunadamente, las células cancerosas pueden secuestrar la autofagia para evitar el estrés de los fármacos contra el cáncer que están diseñados para matarlas, lo que hace que la autofagia sea un objetivo atractivo para las terapias contra el cáncer.

El bloqueo de la autofagia puede hacer que las células cancerosas no puedan superar el estrés de los tratamientos, lo que desencadena su muerte. De hecho, docenas de ensayos clínicos están probando la capacidad de los inhibidores de la autofagia junto con medicamentos de quimioterapia, radiación o tratamientos dirigidos para llevar las células cancerosas al límite en un tipo específico de muerte celular conocida como apoptosis.

Sin embargo, aunque los científicos han sabido de la relación entre la autofagia y la apoptosis, qué crea este vínculo no ha estado claro. En otras palabras, se sabía que desactivar la autofagia puede ayudar a los medicamentos a empujar las células cancerosas hacia la apoptosis, pero no se sabía cómo. Ahora, un estudio del Centro de Cáncer de la Universidad de Colorado publicado este lunes en la revista ‘Developmental Cell’ señala una molécula que vincula la autofagia y la apoptosis, es decir, un factor de transcripción llamado FOXO3a.

“El problema es este: muchos tratamientos contra el cáncer empujan a las células cancerosas al borde de la muerte. Pero las células usan la autofagia para entrar en una especie de animación suspendida, deteniéndose, pero no muriendo. No queremos que las células cancerosas paren; quieren que mueran. Mostramos que FOXO3a puede marcar la diferencia entre estos dos resultados”, dice el investigador principal, Andrew Thorburn, del Centro de Cáncer de la Universidad de Colorado (CU, por sus siglas en inglés) y profesor y presidente del Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, en Estados Unidos.

El laboratorio Thorburn ha pasado décadas desglosando el funcionamiento interno del complejo y, a veces, aparentemente contradictorio proceso de autofagia. Por ejemplo, el laboratorio ha demostrado que desactivar la autofagia sensibiliza a algunos cánceres, pero no

a otros, a la quimioterapia/radioterapia y algunos cánceres incluso prosperan en ausencia de autofagia. Tomadas en solitario, estas contradicciones tienen poco sentido. Resulta que *“lo que está pasando”* es FOXO3a.

Cuanto más frío se pone tu cuerpo, más te estremeces para calentarte y, por lo tanto, los escalofríos te ayudan a mantener el equilibrio: a pesar de las variaciones en la temperatura del aire, tu cuerpo se mantiene en 98,6 grados (37 grados Celsius). La autofagia tiene un mecanismo de equilibrio similar: FOXO3a regula y está regulado por la autofagia.

Esto significa que cuando la autofagia aumenta, FOXO3a baja, lo que a su vez actúa para reducir la autofagia. Y cuando la autofagia baja, FOXO3a aumenta, lo que revitaliza la autofagia. Mediante este mecanismo, la autofagia se mantiene relativamente constante, incluso, a veces, frente a los intentos de los oncólogos por disminuirla con fármacos.

Sin embargo, FOXO3a no solo mantiene el equilibrio de la autofagia, sino que también controla el gen que produce una proteína llamada PUMA, y PUMA impulsa la muerte celular conocida como apoptosis. Poniendo todo junto, inhibir la autofagia eleva FOXO3a, lo cual tiene dos resultados importantes: primero, aumenta la autofagia en un intento de mantenerlo en un rango de condiciones favorables; y segundo, aumenta la producción de PUMA, que empuja a las células hacia la apoptosis.

Thorburn y sus colegas, incluido el primer autor Brent E. Fitzwalter, probaron la inhibición de la autofagia con un medicamento llamado ‘Nutlin’. Anteriormente, se ha demostrado que el fármaco inhibe el crecimiento de las células cancerosas, pero no ha resultado necesariamente en la muerte de la célula cancerosa; sino el resultado de *“pausa, pero no muerte”* descrito anteriormente.

Aquí hay un punto importante: ‘Nutlin’ y la inhibición de la autofagia aumentan PUMA, pero lo hacen de maneras completamente independientes (inhibición de la autofagia a través de FOXO3a y ‘Nutlin’ a través de otro factor de transcripción llamado p53). “Lo que queremos ver es si estas dos cosas juntas, ‘Nutlin’ junto con la inhibición de la autofagia, aumentarían PUMA más allá del punto de inhibición del crecimiento y la muerte celular real”, dice Fitzwalter.

La respuesta fue sí. La combinación fue mucho más efectiva contra las células cancerosas que cualquier estrategia por sí sola, lo cual sucedió en estudios celulares y también en tumores de prueba cultivados en ratones. *“El punto central fue que convertimos un fármaco que podría ralentizar el crecimiento tumoral, pero no podía destruir las células cancerosas, en uno que ahora mata las células”*, resume Thorburn.



### COGER LA MANO A UN PACIENTE FAVORECE LA SINCRONIZACIÓN DE LAS ONDAS CEREBRALES Y PUEDE ALIVIAR SU DOLOR

*ecodiario.eleconomista*

Investigadores de la Universidad de Colorado en Boulder (Estados Unidos) y la Universidad de Haifa (Israel) han descubierto que coger la mano a un ser querido con dolor no solo permite sincronizar la respiración o el ritmo cardíaco sino también las ondas cerebrales, lo que puede ayudarles a aliviar parte de su sufrimiento.

Además, según detallan en un artículo publicado en la revista ‘Proceedings of the National Academy of Sciences’ (PNAS), cuanto mayor es la afinidad con la persona afectada más se sincronizan sus actividades eléctricas y más alivio del dolor se consigue.

*“Este hallazgo ilustra el poder y la importancia del contacto humano”*, ha reconocido Pavel Goldstein, principal autor del estudio, lamentando que en el mundo moderno se han desarrollado nuevas formas de comunicación que favorecen que haya *“menos interacciones físicas”*.

Su trabajo es el último de un creciente cuerpo de investigación que explora un fenómeno conocido como *“sincronización interpersonal”*, en el que las personas se asemejan fisiológicamente a las personas con las que están, pero es el primero en observar la sincronización de

las ondas cerebrales en el contexto del dolor y detectar un posible efecto analgésico del contacto físico.

A Goldstein se le ocurrió el experimento después de que, durante el nacimiento de su hija, descubriera que cuando sujetaba la mano de su esposa le aliviaba su dolor. “Quise probarlo en el laboratorio, si realmente se podía disminuir el dolor con el tacto y, de ser así, cómo era posible”.

Por ello, en el estudio reclutaron a 22 parejas heterosexuales, de 23 a 32 años de edad, que llevaban juntas durante al menos un año, y les expusieron a varias situaciones durante 2 minutos mientras que, mediante un electroencefalograma, medían la actividad de sus ondas cerebrales.

Las situaciones planteadas implicaban estar sentados juntos sin tocarse, o cogidos de la mano; y estar sentados en habitaciones separadas. Y luego repitieron todas ellas mientras la mujer sufría un leve dolor en el brazo, provocado por calor.

El mero hecho de estar en presencia de los demás, con o sin contacto, se asoció con una sincronización de las ondas cerebrales en el ritmo alfa mu, una longitud de onda asociada con la concentración. Y si las manos estaban unidas, la sincronización era mayor.

Los investigadores también descubrieron que cuando las participantes sentían dolor y no podían ser tocadas, el acoplamiento de sus ondas cerebrales disminuía, algo que previamente habían visto en el mismo experimento con la sincronización de la frecuencia cardíaca o la respiración, que desapareció cuando el participante masculino del estudio no pudo sostener la mano de su pareja.

*“Parece que el dolor interrumpe totalmente con esta sincronización interpersonal entre las parejas y el tacto lo trae de regreso”*, dice Goldstein.

Además, estudios posteriores de las parejas participantes vieron que cuanto mayor empatía había por el dolor de su pareja, más se sincronizaban sus cerebros y más disminuía su dolor.

Goldstein admite que todavía se necesitan más estudios para averiguar las causas de esta acoplamiento cerebral y su efecto terapéutico ante el dolor, pero cree que puede deberse a que el contacto em-

pático hace que una persona se sienta comprendida, lo que a su vez, de acuerdo con estudios previos, podría activar los mecanismos de recompensa que matan el dolor en el cerebro.

El estudio no exploró si dar la mano puede tener el mismo efecto en parejas del mismo sexo o en otro tipo de relaciones afectivas, pero los autores avisan de que *“por mucha empatía que se exprese por el dolor de otra persona, si no hay contacto puede que no se comunique por completo”*.



### LA MUSICOTERAPIA TIENE EFECTOS BENEFICIOSOS PARA LOS PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL

ecodiario

La musicoterapia tiene efectos beneficiosos para los pacientes con cáncer terminal, según un ensayo clínico en el que han participado investigadores del Parc Salut Mar del Institut d'Investigacions Mèdiques de Barcelona (IMIM) y del Instituto Catalán de Musicoterapia.

El trabajo, que publica 'Frontiers in Psychology', constata que ayudar a los pacientes de cuidados paliativos y sus familias a hacer frente con eficacia al dolor, las preocupaciones y el impacto emocional inherentes al diagnóstico de cáncer terminal es un reto recurrente para médicos y enfermeras de las unidades de cuidados paliativos.

Se sabe que la música tiene el poder de inducir emociones fuertes y que tiene impacto en el humor de las personas y ahora se han encontrado evidencias de que la musicoterapia tiene efectos beneficiosos para los pacientes con cáncer terminal.

El objetivo de este estudio ha sido contribuir a la comprensión del efecto emocional (estimado a través de la actividad de los pacientes) de la musicoterapia en el contexto de la atención paliativa.

Más concretamente, el estudio ha pretendido evaluar la efectividad de una determinada intervención de musicoterapia, a través de una sesión de 30 minutos incluyendo técnicas activas y receptivas, para mejorar el estado emocional de los pacientes con cuidados paliativos analizando su actividad cerebral en forma de electroencefalografía.

Los estados emocionales de los pacientes se estimaron antes, durante y después de las sesiones de musicoterapia para evaluar el efecto emocional general de la sesión y evaluar el efecto emocional de determinadas técnicas.



### MALENTENDIDOS EN LAS CONSULTAS ONCOLÓGICAS

elpais.com

**Un trabajo mide la diferencia entre lo que el médico afirma que ha dicho y lo que el enfermo cree que ha entendido**

Algo pasa en las consultas de oncología para que lo que el profesional cree haber dicho y lo que el paciente y sus acompañantes afirman que le han contado difiera tanto. Falta de tiempo, el bloqueo del paciente cuando oye la palabra cáncer, carencias de habilidades en comunicación... El estudio *Necesidades no clínicas de los pacientes con cáncer y acompañantes en España. Una visión multidisciplinar* que mide por primera vez esas diferentes percepciones. Por ejemplo: que el 62,5% de los médicos consultados afirma que ofrece siempre a su paciente la posibilidad de que recabe una segunda opinión, pero que solo el 10,9% de los pacientes dice que se les ha explicado esa opción.

Esta dificultad en la comunicación es, por tanto, un problema más para atender a un paciente más allá de la clínica, ha dicho Ignacio Muñoz, presidente de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), que ha hecho el trabajo junto a la

Fundación para la Excelencia y la Calidad en la Oncología (ECO). “Las necesidades asistenciales están muy bien cubiertas en España, y mejor que en la mayoría de los países, pero estos pacientes son algo más que la enfermedad y tienen otras necesidades asistenciales”, ha afirmado Vicente Guillén, presidente de la fundación.

El trabajo se basa en siete aspectos (información, participación en el tratamiento, organización de la asistencia, las consultas, soporte psicológico, el papel de las asociaciones y el de los trabajadores sociales) que se han identificado como las claves de la necesidad del paciente más allá de recibir la mejor terapia, y en prácticamente todos hay chocantes diferencias

La información es el primer aspecto, clave en el momento del diagnóstico y las fases iniciales. Y ahí empiezan las discrepancias. Solo un 43,8% de los oncólogos cree que el paciente puede encontrar información de calidad por su cuenta, pero un 85,5% de estos afirman que lo hacen. Aquí, Internet –el temido *doctor Google* muestra una gran aceptación entre los afectados, reforzada porque solo el 33% de los médicos cree necesario ofrecer al paciente otras referencias informativas. *“Muy pocos médicos la ofrecen. Es como asumir que no se fían de él”*, ha comentado Juan Jesús Cruz, del hospital universitario de Salamanca, miembro de la Fundación ECO y uno de los autores del estudio, que se ha hecho mediante encuestas a oncólogos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, pacientes y sus acompañantes en 14 hospitales de toda España.

En un proceso tan largo y complicado, la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su proceso es clave. *“Es lo más importante”*, ha dicho tajante Cruz. Pero *“mientras todos los médicos [el 95,8%] dicen que se toman las decisiones de forma compartida, solo el 45,8% de los pacientes recién diagnosticados lo afirma”*, ha añadido. Eso sí, con el tiempo aumenta la confianza entre el facultativo y el enfermo y entre aquellos que recibieron el diagnóstico hace dos o tres años, este porcentaje sube al 64,4%.





## THE ROYAL MARSDEN MANUAL OF CANCER NURSING PROCEDURES

**AUTORES:** Sara Lister (Editor), Lisa Dougherty (Editor), Louise McNamara (Assistant Editor)

**Editorial:** WILEY-BLACKWELL **AÑO DE PUBLICACIÓN:** 2018

**ISBN:** 978-1-119-24518-6

Procedente de uno de los centros dedicados en exclusiva a la Oncología más prestigiosos del mundo, el Hospital Royal Marsden, este "Manual de Procedimientos de Enfermería Oncológica" se constituye en un recurso valioso para todos los profesionales que trabajan en cualquiera de las fases del complejo proceso oncológico.

Se trata de un volumen complementario al "Manual de Procedimientos de Enfermería Clínica" editado por este mismo centro y está diseñado para apoyar a los profesionales que trabajan específicamente con pacientes de cáncer. El manual

nos proporciona procedimientos detallados basados en la evidencia y una guía de resolución de problemas en todos los aspectos de la enfermería oncológica.

Sus contenidos recorren todas y cada una de las fases del proceso oncológico y aborda procedimientos diagnósticos, cuestiones relativas al tratamiento y sus complicaciones, emergencias oncológicas, atención al dolor, cuidado de heridas, apoyo psicoemocional al paciente y la familia, final de vida, así como valiosas aportaciones en relación a la educación sanitaria del paciente y sus cuidadores.



## DIETA Y CÁNCER. QUÉ PUEDE HACER Y QUÉ NO PUEDE HACER TU ALIMENTACIÓN

**AUTORES:** Julio Basulto, Juanjo Cáceres

**Editorial:** MARTÍNEZ ROCA **AÑO DE PUBLICACIÓN:** 2019

**ISBN:** 978-84-270-4499-9

Cuando un paciente recibe un diagnóstico de cáncer siente la necesidad de buscar las causas y hacer algo con ellas y entonces se plantea cambiar hábitos. La alimentación adecuada para prevenir e incluso combatir un cáncer es una de las cuestiones hoy día más buscadas en Internet. Como profesionales sanitarios, debemos estar formados para asesorar adecuadamente a nuestros pacientes oncológicos.

Esta obra del prestigioso dietista-nutricionista Julio Basulto es una reflexión rigurosa y desmitificadora sobre uno de los temas centrales en nuestro campo de actuación. Una alimentación saludable y unos buenos hábitos de vida son determinantes para prevenir muchos tipos de cáncer. Pero cuando

aparece la enfermedad, no existen remedios milagrosos que garanticen la curación, como los promotores de diversas «terapias alternativas» aseguran. "Ninguna dieta, ningún alimento, ni complemento, ni planta medicinal, curan el cáncer" (entrevista a Juanjo Cáceres el 6 de marzo de 2019). Por otro lado, persisten una serie de mitos sobre alimentación y cáncer muy perjudiciales para la salud de los pacientes. Ante la proliferación de teorías y opiniones no siempre autorizadas, Julio Basulto y Juanjo Cáceres nos explican los riesgos de creer en alimentos milagrosos, cómo ayuda la alimentación en la prevención y cómo actuar al ser diagnosticados.



## INVESTIGACIÓN EN METODOLOGÍA Y LENGUAJES ENFERMOS

**DIRECTORA:** Paloma Echevarría Pérez

**Editorial:** ELSEVIER **AÑO DE PUBLICACIÓN:** 2016

**ISBN:** 978-84-911-3008-6

Trabajar correctamente con el lenguaje enfermero, sabiendo trasladar la situación real del paciente a taxonomías muchas veces poco frecuentadas por los profesionales, hará posible el avance de la investigación en cuidados.

Este manual, si bien no versa expresamente sobre temática oncológica, lo recomendamos porque recoge las diferentes áreas y líneas de investigación más recientes en lenguajes enfermeros y está avalado por importantes instituciones pioneras en la materia tanto nacionales como internacionales.

Cuenta con el respaldo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería y el Centro para las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica de la Universidad de Iowa, además de con la colaboración de más de 40 docentes, investigadores y gestores de diversos países.

Libro dirigido por Paloma Echevarría Pérez, actual Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia y

Directora del Máster Universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias.

Estructurado en seis unidades temáticas y 24 capítulos, muestra la situación actual de la metodología y lenguajes enfermeros, aspectos generales de la misma, investigación sobre desarrollo y depuración de diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras, así como sobre el proceso de valoración y diagnóstico. El manual trabaja también la temática de la investigación sobre clasificaciones de resultados e intervenciones enfermeras, abordando la utilización de las NOC como medida de la eficacia enfermera. Por último, se detiene en la investigación sobre el propio proceso de enseñanza-aprendizaje y los sistemas de información en lenguajes enfermeros estandarizados.

De utilidad, por tanto, en escuelas de enfermería y una excelente referencia para formadores de formación continuada, enfermeras, investigadores y gestores sanitarios.



## EL CÁNCER DESDE LA MIRADA DEL NIÑO

**AUTORES:** Mónica Domínguez Ferri

**Editorial:** ALIANZA EDITORIAL **AÑO DE PUBLICACIÓN:** 2009

**ISBN:** 978-84-206-4968-9

Aunque se trata de una obra publicada hace ya 10 años, resulta interesante ahondar en la perspectiva del menor que padece cáncer. Sus vivencias ante el diagnóstico, sus incertidumbres, su visión de la estancia en el hospital y de otros muchos aspectos de la enfermedad, poco tienen que ver con las del adulto que les acompaña y, por supuesto, con el adulto que les atiende.

Una de las maneras de ayudar a los niños que padecen cáncer es dando a conocer sus creencias sobre esta enfermedad y los miedos que afrontan, a menudo debido a ideas falsas que los adultos ni siquiera sospechamos.

Mónica Domínguez entrevistó a decenas de niños y adolescentes sobre sus ideas acerca del cáncer, sus causas y factores de riesgo, las necesidades emocionales de los niños que la padecen, su capacidad para adaptarse y mantener cierta normalidad en la vida familiar y escolar, etc.

Con toda esa información se ha elaborado este libro que contiene no sólo los resultados de sus estudios sino también un conjunto de recomendaciones para tratar con los niños enfermos de cáncer en el ámbito hospitalario (enfermeras, médicos y psicólogos) y en el seno de la familia.



# AGENDA

## CONGRESOS Y JORNADAS

Juan Manuel Gavala



### XXVI CONGRESO NACIONAL DE LA SEEGG

**Fecha:** Del 30/05/2019 al 31/05/2019

**Lugar:** PALACIO DE LA MAGDALENA, SANTANDER

**Organiza:** Sociedad española de enfermería geriátrica y gerontología

**Enlace:** <https://bocectium.com/seegg/2019/>



### XIII CONGRESO GALLEGO DE RADIOLOGÍA

**Fecha:** 10 Y 11 de mayo de 2019

**Lugar:** Hospital "Álvaro Cunqueiro (Vigo)

**Enlace:** <https://radioloxiagallega.es/ix-congreso-galego-de-radioloxia/>



### 21 CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES Y GESTIÓN SANITARIA

**Fecha:** 8, 9 y 10 de mayo de 2019

**Lugar:** Santiago de Compostela

**Organiza:** SEDISA y ANDE

**Enlace:** <http://www.21congresoehospitales.org/>



### XVII CONGRESO NACIONAL Y I CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA (SEEO)

**Fecha:** 29, 30 y 31 de mayo de 2019

**Lugar:** Salamanca

**Organiza:** SEEO

**Enlace:** <http://www.congresoseeo.org/#informacion>



### XVI CONGRESO SERVEI

**Lugar:** Sevilla

**Fecha:** 15-17 de mayo de 2019

**Enlace:** <https://servei.org/calendario-de-cursos-y-congresos/>



### IV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

**Lugar:** Málaga

**Fecha:** 6 al 8 de junio de 2019

**Organiza:** Asociación andaluza de matronas

**Enlace:** <http://matronasandalucia2019.com/matronasandalucia2019>



### XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS

**Fecha:** 30-31 mayo

**Lugar:** Gran Canaria

**Organizador:** Asociación española de enfermería vascular y heridas

**Enlace:** <http://www.aeevh2019grancanaria.com/index.html>



### EONS 2019 CONGRESS

**28-30 September 2019, Barcelona, Spain**

**Enlace:** <http://www.cancernurse.eu/communication/eons12.html>



### EONS12 CANCER NURSING TRACK@ ESMO 2019 CONGRESS XXVII CONGRESO DE NEONATOLOGÍA Y MEDICINA PERINATAL

**Fecha:** De 2-4 octubre

**Lugar:** Madrid

**Organizador:** Sociedad española de enfermería neonatal

**Enlace:** [www.congresoneonatologia2019.com](http://www.congresoneonatologia2019.com)



### XL CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

**Fecha:** 17-19 octubre

**Lugar:** Barcelona

**Organizador:** Asociación española de enfermería en cardiología

**Enlace:** <https://web.congresosec.org/>

### DE LA ILUSIÓN AL COMPROMISO DE ASUMIR RETOS Y AFRONTAR CAMBIOS



### X JORNADAS NACIONALES DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

**Fecha:** 23-25 octubre

**Lugar:** Valencia

**Organizador:** Asociación enfermería comunitaria

**Enlace:** <http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/jornadas2019-inicio/2102-x-jornadas-aec-valencia-2019>



## RELATO

# SOBRAN LAS PALABRAS

Isabel Magallón



Alba se sentó en la cafetería mirando por las cristaleras hacia la calle con una taza de café entre las manos. Desde ayer seguía dándole vueltas al mismo tema. De hecho, no había podido dormir prácticamente nada la noche anterior. Y ahora que se acercaba la hora de encontrarse con su amiga Esther la angustia empezaba crecer hasta el punto de plantearse evitar el encuentro.

Pero no, no podía. Esther era amiga suya desde hace años, no es que tuvieran una amistad íntima, pero había un cariño que no había disminuido con los años a pesar de no verse asiduamente hasta hace bien poco.

Y no, no podía. Debía ser responsable y consecuente. Trabajar en una unidad de oncología te hace ser consecuente y responsable no sólo en tu trabajo sino lo más importante, con tus allegados, aunque sea muy doloroso.

Esther fue diagnosticada de cáncer hace más de dos años, y tratada en el mismo hospital y unidad de oncología donde trabaja Alba como enfermera. Pero los últimos meses las cosas no han ido bien, y Alba sabe que este último encuentro va a ser la despedida... Y no está preparada para ello. Toda su experiencia y conocimientos no sirven para nada, cuando estás delante de una

persona a la que has ayudado y apoyado durante mucho tiempo... Una ayuda y un apoyo basados en la esperanza ahora vana, de una curación. El final está cerca y Esther va citando a sus amigos para despedirse.

Mientras mira por las cristaleras intenta imaginar la escena. Necesita prepararse. Hilvana un guión, unas frases de consuelo que le parecen vacías. No encuentra las palabras que se ajusten a lo que siente y a lo que gustaría decir... Porque en realidad, no sabe que decir y la angustia y el miedo la bloquean.

Finalmente sube a la habitación de Esther ya que no puede retrasarlo más. Sabe que el nudo en la garganta y las ganas de llorar no van a desaparecer, pero intentará delante de Esther aparentar una calma que no siente y aplicar todos los recursos profesionales que utiliza en su día a día.

Pero cuando entra en la habitación y ve a su amiga en la cama, consciente y serena y que sonríe al verla adivinando su sufrimiento interior, todo se derrumba para Alba.

Esther la mira sonriendo a pesar del dolor, y con voz débil le dice: Alba, sólo necesito que me cojas la mano...



# XVII Congreso Nacional I Congreso Internacional de la SEEO

El liderazgo de la Enfermería Oncológica:  
Liderar para cuidar

 **SEEO**

[www.congresoseeo.org](http://www.congresoseeo.org)

**Palacio de Congresos  
de Salamanca**

29–31 de mayo 2019