



Vol. 17 - N°4. Noviembre 2015

enfermería oncológica

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

WWW.SSEO.ORG



Sociedad Española de
Enfermería Oncológica



Bienvenido a la S.E.E.O.

lunes, 16 de noviembre de 2015

SEEO

La SEEO responde

NOTICIAS

La inmunoterapia prueba suerte en glioblastoma

Resultados prometedores de la "biopsia líquida" en cáncer de próstata.

Oncólogos descubren nuevas terapias contra el cáncer.

IV edición
BECA DE INVESTIGACIÓN
EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
PATROCINADA POR HOSPIRA

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

17 A 30 DE MAYO
TARRAGONA 2015

Ampliado plazo de Comunicaciones
hasta el 20 de marzo

Roles Avanzados en Enfermería Oncológica

Salud Bucal en el Paciente Oncológico

Congreso enfermería

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Zaragoza
5-11 de mayo
2013

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Zaragoza
8-11 de mayo
2013

XIV Congreso Nacional de Enfermería Oncológica y Cáncer, ampliando el horizonte de los cuidados

www.seeo.org



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

Indexada en la base de datos de CIBERINDEX.

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

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

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

sumario



EDITORIAL. **4** • ENFERMERÍA EN EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL DEL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA. **5** • LA SEEO ESTUVO EN... **10** • CALIDAD DE VIDA Y CÁNCER DE MAMA. **11** • ENTREVISTA A ISABEL CASTELLANO PEÑALVER. AECC EN MOTA DEL CUERVO. **17** • NUESTROS COMPAÑEROS DE... **20** • PÍLDORAS COLECCIONABLES. **22** • BREVES. **23** • NOTICIAS DE EUROPA. **24** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **29** • FICHAS QUIMIOTERAPIA. **30** • AGENDA, CONGRESOS Y JORNADAS. **35** • A LA VANGUARDIA. **36** • ¿SABÍAS QUÉ...? **41** • RELATO. **45** • NORMAS DE PUBLICACIÓN. **47**



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



M^a Rosario Moreno


Editorial



El pasado 26 de octubre la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe en el que aseguraba que la carne roja y los productos procesados eran productos cancerígenos para los humanos y los equiparaba al mismo nivel que el tabaco.

Al cabo de unos días y bajo la presión de grandes empresas multinacionales, la OMS ha empezado a cambiar su discurso, desmenuzando el lenguaje utilizado y aclarando determinados conceptos.

Desde luego, es mucho más llamativo establecer el binomio carne-cáncer, como decíamos antes, pero también mucho más peligroso, a no ser que el objetivo de la OMS sea dar un serio toque de atención a la sociedad con el buen fin de modificar comportamientos, incluso a riesgo de crear esa alarma entre los ciudadanos.

Utilizar este tipo de mensaje no contribuye a una buena adherencia sino una respuesta acción-reacción. Sería mucho más constructivo y eficaz informar sobre las diferencias entre carne roja y carne procesada, qué aporta una y la otra, qué es importante tener en cuenta a la hora de comprar una u otra y cada cuánto se recomienda su consumo. Es aquí donde los profesionales de la salud tenemos un papel fundamental, educar y formar cobra ahora más importancia... 



ENFERMERÍA en el acompañamiento espiritual del paciente al final de la vida

Autores: Manuel Soto Ferrera. *Unidad de Estancia Diurna El Cerro, Sevilla.*
Bárbara Badanta Romero. *Centro Universitario Enfermería Cruz Roja, Sevilla.*
M^ª Carmen Arreciado Rodríguez.
M^ª Mercedes Lomas Campos. *Departamento Enfermería. Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.*

Contacto: Bárbara Badanta Romero. *Centro Universitario Enfermería Cruz Roja, Sevilla.*
Correo electrónico: badantaromero@hotmail.es

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo ha sido realizar una revisión bibliográfica sobre el papel de la enfermería en el acompañamiento espiritual del/de la paciente en la etapa final de su vida, acercándonos a la muerte con la mayor dignidad y respeto posible. La concepción que se tenga de la misma condicionará en cierto modo los cuidados que se otorguen al/a la paciente en dicha etapa. Cuando el tratamiento ha llegado a su

fin y ya no cumple con su cometido, entra en escena con más fuerza, el tratamiento paliativo, dentro del cual se encuentra la atención y el acompañamiento espiritual. En estos cuidados, cobra gran importancia el personal de enfermería, siendo quien permanece más tiempo con la persona y su entorno.

Se ha realizado una búsqueda en bases de datos tanto nacionales como internacionales, teniendo en cuenta la adecua-

ción a la temática y fechas de publicación desde 2009 y 2014.

Como conclusiones destacan la mejora de la calidad de vida ante el adecuado acompañamiento o atención espiritual, al mismo tiempo que el desconocimiento del profesional en este ámbito, destacando la necesidad de mayor formación en estos cuidados.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, atención espiritual, enfermería.

ABSTRACT

The objective of this study was to perform a literature review on the role of nursing in the spiritual accompaniment of the patient at the end of life, approaching death with dignity and respect. The concept we have of it will determine the patient's care somehow at that stage. When treatment has ended and no longer

serves its purpose, palliative treatment comes on stage with more force, which includes care and spiritual accompaniment. Nurses are very important in this care so they are who spends more time with the person and their environment. It has performed a search in national and international databases, taking into account the appropriateness of the sub-

ject and publication dates from 2009 and 2014.

As findings highlight the improved quality of life to the appropriate spiritual accompaniment, at the same the lack of professional in this field, highlights the increased need for training in this care.

Keywords: Palliative Care, spiritual care, nursing.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo tecnológico y los grandes avances de la medicina más científica generan una nueva forma de enfermería basada en curar, donde prima el desarrollo de las técnicas sobre la atención de la persona como un todo, como alguien que tiene necesidades emocionales además de físicas.

Cuando la recuperación de una persona ya no es posible, nos asusta que nuestra única intervención sea la de estar y acompañar, lo que nos hace distanciarnos de la persona y crea sentimientos de inseguridad, miedo o frustración.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Cuidados Paliativos constituyen el cuidado integral de los/as pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, más aún si está en fase avanzada y progresiva¹, cuyo objetivo final es acompañar a la persona hasta la muerte, desde el respeto y la dignidad, sin descuidar aspectos sociológicos, culturales, históricos y económicos, porque afectan al desarrollo de todo el proceso desde el inicio de la enfermedad hasta después del fallecimiento². Dichos cuidados ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte³.

Aunque estamos muy pendientes del manejo del dolor administrando morfínicos de forma pautada, de la merma de ingresos familiares ante la necesidad de cuidar al/a la paciente, del soporte económico para los cuidados, etc., la persona

sigue sufriendo. Aparece una dimensión que, pudiendo tener significaciones y visualizaciones existenciales, religiosas o morales, nosotros hemos denominado globalmente como espiritual, la cual es percibida por los/as profesionales sanitarios/as desde el punto de vista del acompañamiento al/a la paciente⁴. Éste consiste en la práctica de reconocer, acoger y dar espacio al diálogo interior de quien sufre, para que él/ella mismo/a pueda dar voz a sus preguntas y dar vida a sus respuestas. Es decir, ayudar a la persona a despertar o a sacar a la luz el anhelo, la búsqueda interior que toda persona puede tener⁴.

Dicha espiritualidad, es reconocida por la OMS como un componente de la calidad de vida, asociado a un mayor bienestar, que disminuye los síntomas depresivos pudiendo relacionarse con estilos de vida (mejorar las estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas) y que proporciona una de las mayores y más poderosas redes sociales. Los aspectos religiosos y espirituales de nuestros/as pacientes deben ser explorados, dado que la necesidad espiritual es una de las más acuciantes dentro de los Cuidados Paliativos debido al momento de fragilidad en el que se encuentra la persona que se enfrenta a lo desconocido⁵. Por ello deben pasar a formar parte de lo que hoy se denomina enfermería basada en el paciente.

Las necesidades espirituales poseen un carácter universal y son inherentes al ser humano, emergen del interior de la per-

sona y se manifiestan de manera transversal en cada cultura. No deben ser consideradas como un residuo religioso que se intenta enganchar de forma artificial a un mundo laico, sino un rasgo antropológico universal, extensible a todo ser humano, tenga o no creencias religiosas. Vale la pena recordar una vez más que la expresión de la espiritualidad se puede dar en cualquier contexto, religioso y no religioso.

Esta necesidad, puede satisfacerse a lo largo de la vida y especialmente en la cercanía de la muerte ya que toda persona tiene en su interior la capacidad de hacerse la pregunta por el sentido último de las cosas, la visión global de la vida, considerar su complejo mundo de valores⁵, sin que dependa necesariamente del paradigma religioso. La manifestación y la intensidad de dichas necesidades varían según el estado evolutivo de la persona y sus circunstancias.

Aunque en nuestro país existen pocos profesionales que tengan formación específica en acompañamiento espiritual y además, a personas al final de la vida a pesar de que dicha función se incluye en el Código Deontológico de Enfermería², los/as enfermeros/as son el personal idóneo para tratar las necesidades espirituales de estas personas porque contemplan en su enseñanza a la persona de forma holística y porque ante la institucionalización de la muerte, son quienes tienen una participación más directa, ya que satisfacen las necesidades inmediatas de estos/as pacientes⁶.

Por tanto, se espera del/de la profesional de enfermería la ayuda a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los/as que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo/a rodean, además de una actitud cálida, favorable y de apoyo con el/la necesitado/a, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado/a está este/a profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es describir y determinar la importancia de los cuidados de enfermería en la atención espiritual del/de la paciente al final de la vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han utilizado bases de datos bibliográficas (tanto nacionales como internacionales), para la búsqueda de los artículos relacionados con la temática, comprendidos entre 2009 y 2014, con accesibilidad al texto completo y publicados en castellano.

Entre las bases de datos consultadas en castellano destacan IME, ENFISPO e IBECS, donde se han empleado descriptores como "cuidado paliativo", "espiritualidad" o "enfermería", y encontrando un total de 34, 1 y 8 referencias respectivamente, para finalizar con la aceptación de las más concordantes (2, 1 y 4 respectivamente).

En cuanto a base de datos en lengua inglesa, la búsqueda se ha realizado en SCOPUS, WOS, CINAHL y PUBMED, empleando los mismos descriptores traducidos. De las 3, 2, 5 y 2 referencias encontradas en cada base de datos, se procede a aceptar finalmente 2, 2, 3 y 2 respectivamente.

Posteriormente, tras estas 15 referencias seleccionadas, el último filtrado dará lugar a una aceptación total de 9 artículos.

La selección de los mismos se realiza atendiendo a su calidad y pertinencia.

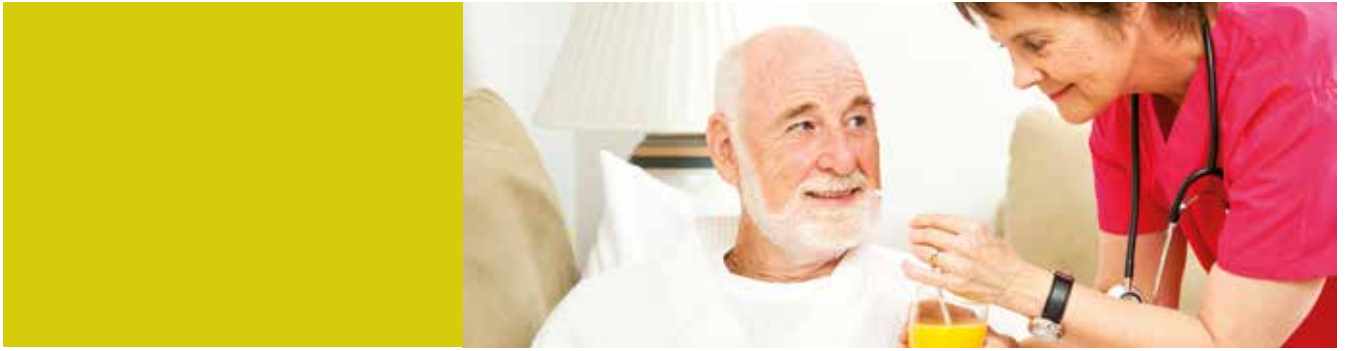
En primer lugar se procede a la lectura de títulos y resúmenes, y en segundo lugar a la del material completo.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos por Bermejo et al.⁵ apoyan las líneas de trabajo que dan importancia a la Atención Espiritual como ayuda para encontrar esperanza y sentido a la existencia. Sobre todo, los/as usuarios/as manifestaron que les ayudó a sentirse esperanzados/as y a comprender el sentido de las cosas que suceden. Además, el/la paciente se diferencia de los/as cuidadores/as, manifestando que la atención espiritual le ayudó a cambiar su manera de ver las cosas o su jerarquía de valores, a sentirse persona y reconoce que le ayudó a sentirse perdonado/a. Es posible que, dada su situación límite, sea el grupo de población con más necesidad de perdón y en este sentido se acerque al agente espiritual. La atención espiritual ayuda al 88% a sentirse esperanzado/a, al 83% confortado/a, al 79,1% a encontrar significado y al 73,4% a comprender el sentido. El 95,2% valora la atención espiritual necesaria en la enfermedad.

Para los autores del artículo "Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte"¹ es importante que los/as profesionales de la salud conozcan las bases jurídicas que respaldan las actuaciones sanitarias en el proceso de fin de la vida. Los datos muestran que la mayoría del personal sanitario ha tenido contacto con pacientes que se encontraban en el final de su vida, destacando que un 50,4% del personal cree tener la preparación necesaria para ello. En conjunto, poco más de la mitad creía tener la formación adecuada para cuidar a estos/as pacientes, siendo el personal médico quién se considera menos preparado. Se recomienda la realización de formación en la atención a personas en la etapa fin de la vida, considerando las diferencias culturales de estas personas atendidas. En el estudio, aproximadamente la mitad de los/as profesionales habían realizado formación en Cuidados Paliativos, exis-

tiendo diferencias significativas entre ésta y la percepción de preparación que manifiestan los/as profesionales encuestados/as. Aunque la ley 2/2010 de 8 de Abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte es muy reciente, su existencia es conocida por la mayoría de los/as profesionales sanitarios/as. Ésto contrasta con el hecho de que desconocen el contenido de la ley e incluso el 78'2% de los/as encuestados/as el mecanismo para informar acerca del testamento vital. Cuando se indaga sobre aspectos precisos se aprecia desconocimiento en función de la categoría profesional. Señalar que el personal auxiliar de enfermería en las preguntas sobre aspectos concretos de la ley obtiene menor porcentaje de respuestas acertadas que el resto de categorías. El personal médico demuestra mayor conocimiento. En nuestro entorno, la mayoría de las decisiones sobre cuidados las realiza este personal, lo cual justificaría los resultados encontrados. El personal sanitario conoce el derecho del/de la paciente al rechazo del tratamiento, siendo el personal auxiliar de enfermería el personal que contesta correctamente en menor proporción. El rol desempeñado por estos/as profesionales explicaría este resultado. La limitación de medidas de soporte vital es un hecho legal, aunque la mayoría de los/as encuestados/as desconocen esta respuesta (un 93,4% desconoce la legislación respecto a la limitación de medidas de soporte vital). Sin embargo conocen la legalidad de la sedación paliativa, contemplándose esta prestación de asistencia sanitaria en el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008/2012 de España que propone formar al personal en Cuidados Paliativos. La mayoría de los/as profesionales plantearía al/a la paciente y/o familia la retirada de las terapias conducentes al mantenimiento de la vida. Sin embargo, en relación a esta retirada, o de tratar con estos/as pacientes y sus familias, no existen diferencias significativas con el hecho de haber realizado formación en Cuidados Paliativos. Estos datos nos hacen reflexionar respecto a la diferen-



cia entre el conocimiento de la existencia de la ley y el de su contenido. Más de la mitad de los/as profesionales sanitarios/as están totalmente de acuerdo en que deberían estar respaldados/as legalmente para ayudar a las personas que deseen de forma reiterada acabar con su vida, en el caso de enfermedad incurable y experimentada como inaceptable, siendo esta enfermedad no mitigada por Cuidados Paliativos.

Según los resultados obtenidos en el estudio de diseño cuasi-experimental, prospectivo, multicéntrico, de un solo grupo pre-test/post-test evaluando a 8.964 pacientes, 6 afirman que la intervención psicosocial se muestra eficaz en la reducción de la ansiedad, el malestar emocional, sufrimiento, sentido de la vida y sensación de paz y perdón. Estos resultados nos permiten pensar que ésta es eficaz para mejorar el bienestar de las personas que están en un proceso de enfermedad avanzada. También se observa mejora en la valoración global que hacen los/as profesionales del proceso de adaptación del/de la enfermo/a. Por otro lado, la diferencia observada en los niveles de ansiedad y malestar en relación a si al/a la paciente le ayudan o no sus creencias espirituales en este momento, nos permite pensar que los aspectos espirituales, y en concreto el que a uno/a le ayuden en una situación tan difícil como ésta, juegan un papel muy importante en el bienestar del mismo. Así pues, parece adecuado reforzar la importancia que tienen estos aspectos en el abordaje de las personas al final de la vida. En este mismo sentido,

se considera que los/as profesionales de enfermería deberían adoptar e implementar herramientas estructuradas de valoración para facilitar la documentación de las necesidades y evaluación de los resultados de los tratamientos⁷.

Por otro lado, los factores que influyen en la actitud negativa o positiva ante la muerte que posee el profesional de enfermería vienen dados por determinadas variables. En relación a la variable “Edad de los/as encuestados/as”, el promedio de aquellos/as que poseen una actitud negativa ante la muerte corresponde a un 67,72%; ésto comprende a profesionales de enfermería de edad joven (22-34) y edad madura (> 50 años). La muerte genera respuestas emocionales muy frecuentes como la ansiedad, el miedo y depresión, especialmente cuando el ser humano se encuentra más cercano a ella, como pueden ser las personas de edades extremas, las personas en edad madura y los/as enfermeros/as que por su profesión han estado en un contacto mayor con la muerte, sumando además que “el pensar en su propia muerte les causa temor”. En relación a la variable “Edad de su primer contacto con la muerte”, se destaca que el 64,97% de los/as encuestados/as presentan una actitud negativa ante la muerte. Sólo el grupo que tuvo su primer contacto con la muerte entre los 10 y 16 años posee una actitud positiva hacia ella; ésto puede reflejar que al enfrentar la muerte a esta edad, la persona va desarrollando la habilidad de ir enfrentándola como algo concreto, se internaliza el concepto de muerte en el desarrollo evolutivo de las

personas, igualmente la ve lejana, por lo que tiene una aceptación diferente a los grupos de edades extremas. En relación a la variable “Preparación de pregrado en relación a la muerte”, a pesar de ser un factor muy significativo para la actitud ante la muerte que poseen los/as encuestados/as, cabe destacar que el 81,53% de ellos/as poseen una actitud negativa ante la muerte, asociada a una percepción de preparación pobre a regular en el pregrado en esta temática⁶.

Maza M. et al.⁶ señala que los/as profesionales de enfermería no están exentos/as de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos/as moribundos/as. Se afirma que el personal de salud y en concreto el colectivo de Enfermería, que ha de enfrentarse frecuentemente con la muerte, padece, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada, como por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte.

Según García M. J.³, el tratamiento al/a la paciente al final de la vida ha sufrido importantes cambios a lo largo de la historia, paralelo a la evolución del concepto de morir, y a la evolución tecnológica de la medicina. La sobreexpansión de los aspectos curativos de la medicina han eclipsado al fenómeno de cuidar. Pero en el momento en que el personal médico comunica a un/a paciente el pronóstico fatal de su enfermedad, cuando ya no

se puede hacer nada por esquivar a la muerte, entra entonces en escena esta disciplina que poco a poco va ganando terreno en nuestra sociedad: los Cuidados Paliativos. Aunque en este campo se ha experimentado un gran desarrollo a nivel mundial, aún no disponemos de los recursos necesarios para atender al total de la población que debería beneficiarse de los mismos. Estos recursos deficientes no siempre son económicos. A veces son el miedo a las denuncias y a las indemnizaciones, el miedo a la muerte (propia o ajena), o las fuertes creencias religiosas, las que condenan a algunos/as enfermos/as a morir mal.

Al parecer de López-Ibor M. I. et al.⁸ se deben afrontar los parámetros generales de la religiosidad y espiritualidad y los que afectan a la cultura del/de la paciente. Para ello es necesario explorar los aspectos comportamentales de los rituales religiosos y ser consciente que la religión y la espiritualidad son dos componentes de la fe de una persona.

Para concluir, Maza M. et al.² indica que aunque se ha avanzado en el diálogo entre las distintas visiones de la dimensión espiritual, existe poca experiencia y evidencia en el área asistencial, sobre todo de la disciplina enfermera que proporciona los cuidados a la dimensión

espiritual. Dentro de los Cuidados Paliativos es todavía hoy motivo de controversia cómo incluir la atención espiritual y existencial en el cuidado integral del/de la paciente al final de la vida, por todos/as los/as profesionales que les atienden. En los ámbitos político, sanitario y social, se reconoce la influencia que ejerce la atención espiritual durante el avance de la enfermedad terminal en la consecución del confort y bienestar deseados, factores que se pueden medir con escalas cuantitativas y herramientas semiestructuradas o cuestionarios, validadas para estos/as pacientes. Existen unos obstáculos institucionales, sociales y culturales que determinan las distintas interacciones que se producirán con la persona enferma al final de la vida, e influyen en cómo se relaciona ésta consigo misma.

CONCLUSIONES

1. Resulta escasa la literatura encontrada donde se clarifique el rol que desempeña el/la profesional de enfermería ante un/a paciente al final de la vida.
2. Las publicaciones actuales no son suficientes para describir los aspectos socioculturales relacionados con la construcción de la espiritualidad. La formación especializada en el acompañamiento espiritual y la investigación, serán dos objetivos a desarrollar hacia el futuro.

3. Se constata que una atención espiritual adecuada mejora la calidad de la vivencia de la fase terminal de la vida y el afrontamiento de la muerte, influyendo positivamente sobre el/la paciente. El efecto positivo de la intervención psicosocial en la reducción de los parámetros psicológicos y espirituales evaluados sugiere que esta es eficaz en el contexto de la atención a personas con enfermedades avanzadas.

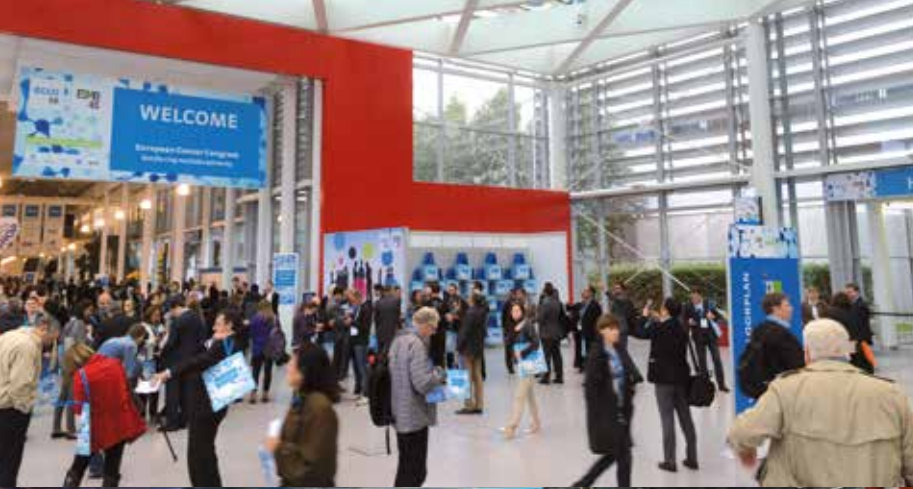
4. Dentro de los Cuidados Paliativos es todavía hoy motivo de controversia cómo incluir la atención espiritual y existencial en el cuidado integral de la persona al final de la vida, por todos/as los/as profesionales que les atienden, en especial los/as enfermeros/as. Los/as profesionales reconocen un elevado desconocimiento del ámbito espiritual y señalan la necesidad de una formación de cierta calidad y de características específicas: un trabajo personal para “despertar” o cultivar la propia dimensión espiritual, una formación de reflexión en equipo sobre estos aspectos y disponer de herramientas-recursos concretos para saber detectar las necesidades espirituales y cómo acompañar. ☺

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres-Mesa L. M., Schmidt-Riovalle J., García-García I. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. *Rev. Esc. Enferm USP* 2013; 47(2):464-70.
2. Sierra M., Getino M. La atención espiritual al final de la vida en los domicilios. *Rev. ROL Enferm* 2013; 36 (9): 596-601.
3. García M. J.; Evolución Histórica De Los Cuidados Paliativos. Revisión Bibliográfica. 2011 [Acceso el 29 de marzo del 2014]. Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/doc233>.
4. Benito E., Barbero J., Payás A. (Dir.) El acompañamiento espiritual en Cuidados

- Paliativos. Una introducción y una propuesta. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos de la SECPAL. 2008 [Acceso el 29 de marzo del 2014]. Disponible en: <http://hospicemadreteresa.org.ar/esp/wp-content/uploads/2011/11/guia-espiritual-secpal.pdf>
5. Bermejo J. C., González B., Villacieros M., Gil M. Atención espiritual en Cuidados Paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Med Paliat.* 2013; 20 (3): 93-102.
 6. Maza M., Zavala M., Merino J. M. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería XV*, 2009 (1): 39-48.

7. Mateo D., Gómez-Batiste X., Limonero J. T., Martínez-Muñoz M., Buisan M., De Pascual V. Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida. *Psicooncología* 2013; 10(2-3): 299-316.
8. López-Ibor M. I., López-Ibor J. J. ¿Qué necesitan aprender los psiquiatras? Conocimientos, habilidades y actitudes. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2012; 40 (Supl. 2):111-8.
9. Fenés M. P. Acerca del último tránsito. *Rev. ROL Enferm* 2013; 36 (3): 204-9.



CONGRESO EUROPEO *La SEEO estuvo en...* DEL CÁNCER



El Congreso Europeo del Cáncer **este año tuvo lugar en Viena del 25 al 29 de Septiembre**, el congreso multidisciplinar más numeroso y que este año ha presentado una perspectiva extremadamente amplia con muchas disciplinas diferentes con el fin de avanzar en todas las áreas de investigación, incluyendo también casos multidisciplinarios que imitan a los comités de tumores de casos particularmente difíciles y con sesiones de networking sobre cuestiones políticas claves. Ha contado con la asistencia de más de 19.000 personas de 100 países diferentes con más de 2.000 abstracts presentados, 46 simposiums satélites y más de 1.800 pósters. Todo ello ha facilitado hacer contactos, establecer relaciones profesionales y explorar las áreas emergentes de la oncología.

El programa de enfermería contó con más de 30 sesiones y otros tantos pós-

ters con representación de la enfermería oncológica española y durante el que se trataron temas como los beneficios y riesgos de la información y el apoyo on-line, la innovación en los roles de la enfermería oncológica, la seguridad de los pacientes, el desafío del manejo del cáncer en personas mayores, los supervivientes, la nutrición, las demandas de servicios específicos de tratamiento del cáncer, el impacto que la enfermería oncológica en pacientes y familias, los cuidados paliativos o el manejo de síntomas.

Durante el mismo tuvo lugar también la Reunión General de la EONS en la que el presidente saliente Erik van Muilekom entregó formalmente la Presidencia a Daniel Kelly del Reino Unido. Se confirmaron la elecciones de los nuevos miembros de la Junta Directiva, incluyendo la elección de Lena Sharp como la próxima

presidenta y se entregaron los premios a toda una vida dedicada a la Enfermería Oncológica que este año fue para Sam Smith y los premios de difusión de la investigación que este año fueron para Carolina Cabrera de España y Valentina Biagioli de Italia. También se habló de la necesidad del reconocimiento de la Enfermería Oncológica como especialidad a nivel europeo para lo que se presentó una comunicación en la ceremonia de inauguración y se fijó como objetivo de la ECCO en los próximos 2 años, además de la presentación de un proyecto en el Parlamento Europeo.

Por último se confirmó la sede del próximo congreso de la EONS que tendrá lugar en Dublín (Irlanda) el 17-18 de octubre del año próximo así como el próximo congreso multidisciplinar europeo que tendrá lugar en Amsterdam del 27 al 30 de enero de 2017.



Calidad de vida y CÁNCER DE MAMA

Autores: Vanessa Belloch Miralles
Rosa María Vallés Sapena
María José Mas Llull
Departamento de Oncología y Hospitalización a Domicilio del Hospital Marina Salud de Denia.

Contacto: Rosa María Valles Sapena.
Correo electrónico: rosa_valles24@hotmail.com

RESUMEN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer, representa el 20-30% de todos los tumores y continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en este grupo¹.

El estudio de los efectos del tratamiento del cáncer de mama ha sido de los primeros en incorporar evaluaciones de la calidad de vida², que se han centrado tradicionalmente en los efectos de la cirugía sobre la imagen y la autoestima de la mujer, pero la calidad va más allá.

Objetivos: determinar la percepción de calidad de vida y afectación en el

desempeño de las actividades de la vida diaria de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y en tratamiento activo, en el Hospital de Denia desde Enero hasta Abril del año 2012.

Material y método: estudio descriptivo transversal en el que se utilizó: un cuestionario con las principales variables sociodemográficas, el cuestionario WHOQOL-BRIEF de la OMS, el Índice de Barthel y la recogida de datos de la historia clínica.

Resultados: las actividades en las que presentan mayor problema son: realizar sus actividades laborales, tender, hacer

la comida, limpiar la casa, planchar, escribir, coser, hacer deporte, salir con sus amigos. Los días e incluso semanas posteriores al tratamiento con quimioterapia se encuentran muy cansadas y con astenia.

Destacar que la percepción de calidad de vida de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama es en general buena al igual que su desempeño en actividades básicas de la vida diaria.

Palabras clave: cáncer de mama, calidad de vida, actividad, percepción.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer, representa el 20-30% de todos los tumores y continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en este grupo³.

La edad de máxima de incidencia está por encima de los 50 años, pero aproximadamente un 6% se diagnostica en mujeres menores de 35 años. En Europa, el pronóstico es relativamente bueno con una supervivencia a 5 años del 77%.

Aunque su incidencia ha ido aumentando, la mortalidad se ha estabilizado gracias a los programas de detección precoz, a los avances en los tratamientos médicos y quirúrgicos y a un mayor grado de conocimiento de dicha enfermedad.

El tratamiento y el pronóstico del cáncer de mama dependen en gran medida del estadio en que se encuentra el tumor. Este tratamiento es multidisciplinar (abarca varias especialidades) y se fundamenta en tres pilares: la cirugía, la terapia sistémica y la radioterapia.

Durante el tratamiento, ya sea médico o quirúrgico, la paciente va a presentar una serie de efectos secundarios o complicaciones que van a afectar a su calidad de vida.

Todos los efectos adversos anteriormente descritos, además del propio diagnóstico en sí mismo, van a provocar cambios en la situación de la mujer tanto a nivel físico como emocional, social, espiritual y laboral y por supuesto también van a provocar un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. A todo ello hay que unir sentimientos como el miedo a la muerte, al dolor, etc. que surgen desde la confirmación del diagnóstico y que conllevan alteraciones a nivel psicológico y emocional importantes que pueden llegar a influir incluso en el pronóstico de la enfermedad.

El estudio de los efectos del tratamiento del cáncer de mama ha sido de los pri-

meros en incorporar evaluaciones de la calidad de vida⁴, y tales evaluaciones se han centrado tradicionalmente en los efectos de la cirugía sobre la imagen corporal y en la autoestima de la mujer, destacándose las ventajas de la cirugía conservadora frente a la radical. Pero la calidad de vida relacionada con la salud, va más allá de decidir el tipo de cirugía que se vaya a practicar.

Según la **OMS**, la calidad de vida es: *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”*. Es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas física, psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad.

En cuanto a las herramientas utilizadas para la medición de la calidad de vida, deben cumplir con una serie de propiedades que les confieren validez. Los instrumentos pueden ser clasificados en: cuestionarios genéricos, cuya función es la de indagar aspectos generales de la calidad de vida y realizar comparaciones entre grupos de pacientes con distintas patologías, o por el contrario, cuestionarios específicos, diseñados para evaluar aspectos propios de una enfermedad en particular. Estos cuestionarios específicos suelen lograr una mejor sensibilidad al cambio.

Objetivo principal

Determinar la percepción de calidad de vida y afectación en el desempeño de las actividades de la vida diaria de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y en tratamiento activo, en el Hospital de Denia desde Enero hasta Abril del año 2012.

Objetivos específicos

- Determinar la percepción de la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama según características sociodemográficas.
- Determinar la percepción de la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama según características clínicas (estadio del tumor, tipo de tratamiento, etc.).
- Determinar cómo afectan los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama en el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- Determinar cuáles son aquellas actividades en las que presentan una mayor dificultad las mujeres en tratamiento del cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra de este trabajo va a estar compuesta por mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y en tratamiento activo en el Hospital de Denia durante el primer cuatrimestre del año 2012.

Los **criterios de inclusión** en la recogida de información de la fuente primaria son: ser mujer con diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer de mama, que se encuentre viva al momento de la encuesta, en condiciones de responderla y en tratamiento activo en el Hospital de Denia durante el primer cuatrimestre del año 2012.

Igualmente, para las fuentes secundarias se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión: registros claros y específicos de la historia clínica de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

En relación con los **criterios de exclusión** en la recogida de información de la fuente primaria encontramos: mujeres con discapacidad cognitiva, pacientes que por su condición grave de salud presenten una dificultad para responder la encuesta, mujeres que no acepten participar en el estudio y pacientes que no hablen español.

En las fuentes secundarias se van a excluir aquellos registros que no presen-

Pregunta	Respuesta (%)				
	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
Calidad de vida	0,0	25,0	25,0	32,1	17,9
Satisfacción con su salud	3,6	35,7	32,1	10,7	17,9
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
Dolor físico impide	28,6	28,6	28,6	10,7	3,6
Necesita tto. médico	17,9	28,6	32,1	14,3	7,1
Disfruta de la vida	0,0	35,7	32,1	17,9	14,3
Tiene su vida sentido	3,6	7,1	32,1	28,6	28,6
Capacidad de concentración	3,6	14,3	50,0	25,0	7,1
Seguridad en su vida diaria	7,1	10,7	50,0	21,4	10,7
Saludable ambiente físico	0,0	10,7	35,7	35,7	17,9
	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
Energía suficiente para su vida	3,6	17,9	21,4	35,7	21,4
Capaz de aceptar su apariencia	3,6	14,3	17,9	25,0	39,3
Suficiente dinero	3,6	28,6	50,0	7,1	10,7
Información disponible	3,6	10,7	32,1	42,9	10,7
Oportunidad de realizar ocio	7,1	32,1	32,1	10,7	17,9
Capacidad de desplazarse	3,6	10,7	32,1	32,1	21,4
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Btte. satisfecho	Muy satisfecho
Con su sueño	0,0	25,0	32,1	25,0	17,9
Con su habilidad AVD	7,1	17,9	39,3	17,9	17,9
Con su capacidad trabajo	3,6	35,7	32,1	10,7	17,9
De sí misma	7,1	10,7	42,9	7,1	32,1
Con sus relaciones personales	0,0	3,6	39,3	35,7	21,4
Vida sexual	10,7	25,0	50,0	7,1	7,1
Apoyo amigos	0,0	3,6	3,6	42,9	50,0
Lugar donde vive	0,0	0,0	17,9	42,9	39,3
Acceso a los servicios de salud	0,0	0,0	39,3	14,3	46,4
Con su transporte	3,6	10,7	32,1	25,0	28,6
	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
Sentimientos negativos	14,3	42,9	28,6	14,3	0,0

Tabla 1. Porcentajes de las respuestas a cada una de las preguntas del WHOQOL.

ten una suficiente claridad, datos que no expliquen de forma detallada las características del diagnóstico y del tratamiento, que no correspondan al periodo del estudio o que presentaran diagnósticos primarios diferentes al cáncer de mama.

La captación de la muestra se hará desde los servicios de Hospital de Día Oncohematológico y de la Unidad de Hospitalización a Domicilio.

Para llevar a cabo este proyecto se ha realizado un estudio descriptivo transversal para conocer la percepción que tienen sobre su calidad de vida las mujeres en tratamiento para el cáncer de mama en el Hospital de Denia, así como también una valoración de cómo desempeñan las actividades básicas de la vida diaria.

El estudio para la recogida de información de la fuente primaria, es decir de la propia mujer con cáncer de mama, se divide en tres apartados o cuestionarios. Los cuatro cuestionarios son autoadministrados, es decir cumplimentados por cada paciente.

En primer lugar se realizó un cuestionario con las principales **variables sociodemográficas** como la edad, el estado civil, la situación familiar, su cuidador principal y el grado de escolarización.

En segundo lugar se realizó el cuestionario **WHOQOL-BRIEF de la OMS (tabla 1)**. Se trata de una versión reducida del WHOQOL-100 que contiene un total de veintiséis preguntas, una pregunta de cada una de las veinticuatro facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta ordinales tipo likert y todos ellos producen un perfil de 4 dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y entorno. Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100. Cuanto más alta sea la calificación, mejor calidad de vida.

La tercera parte del cuestionario estará compuesta por la valoración del **Índice de Barthel**. Consta de diez parámetros que miden las actividades de la vida diaria. Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las actividades de la vida diaria más utilizado internacionalmente. En España, es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación.

Durante la segunda parte del estudio, se completó la información obtenida con los cuestionarios anteriores, con la recogida de datos provenientes de la historia clínica informatizada. La información que se añadió fue:

- Variedad histológica del cáncer de mama.
- Fecha del diagnóstico.
- Tipo de tratamiento actual.
- Tratamiento recibido anteriormente.
- Tipo de cirugía si procede.
- Estadio en el que se encuentra el tumor.

El impacto psicológico de la enfermedad y de su tratamiento van a variar en función del tiempo vivido que se extiende desde el momento del diagnóstico al inicio del tratamiento y al pronóstico esperado. Esto justifica la inclusión en la presente investigación de variables como fecha del diagnóstico inicial del cáncer de mama y el tiempo transcurrido del tratamiento, así como la modalidad del mismo y el tipo de tumor.

Para explicar estos cambios de una paciente a otra nos apoyamos en un importante referente teórico como son las etapas del duelo planteadas por la psiquiatra Elisabeth Kubler Ross en 1969, las cuales pueden ser determinantes de la percepción de calidad de vida de cada persona, según sea la etapa en la que se encuentre la mujer en el momento de la evaluación.

Hay que añadir, que no todas las personas pasan por las mismas etapas ni en el mismo orden.

Además de los cuestionarios antes señalados, las pacientes recibieron una hoja

informativa explicando el propósito del estudio de investigación y una hoja de consentimiento informado para la aceptación de participar en él.

RESULTADOS

Un grupo de 28 pacientes ha rellenado correctamente las encuestas, a excepción de la parte correspondiente a la Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional que sólo ha sido rellenada en su totalidad por 11. Tres pacientes rechazaron participar en el estudio.

Se excluyeron un total de 6 pacientes: 4 que no hablaban ni entendían español para poder rellenar la encuesta, 1 paciente con deficiencia cognitiva y 1 anciana con problemas de salud que impedían cumplimentar el cuestionario.

Las principales características son: grado de escolarización, estado civil, vive con, cuidador principal...

Las principales características de la muestra en cuanto a datos extraídos de la historia clínica:

- Estadio: Nº de casos
I: 11
II: 11
III: 2
IV: 4
- Tratamiento actual:
Quimioterapia: 15
Terapia hormonal: 6
Radioterapia: 0
Cirugía: 3
Terapia dirigida: 4
- Tipo de tumor:
Ductal o canalicular: 21
Lobular: 5
Otro: 2

Observamos que el 78,6% de las pacientes se encuentra en estadio 1 ó 2.

El 64,3% de las pacientes recibe en la actualidad QT, el 21,4% tratamiento hormonal, el 10,7% ha sido recientemente intervenida, y el 14,3% recibe tratamiento dirigido.

La puntuación media fue de 91 puntos (desviación estándar 19,3). El valor mínimo fue de 56 puntos y el máximo de 129.

La puntuación mediana fue de 100 (media 96,3). El percentil 25 y 75 estaban en 100. El valor mínimo fue de 20 y el máximo de 100.

Cabe destacar los siguientes resultados o datos:

- El 50% califica su calidad de vida como buena o muy buena; nadie calificó su calidad de vida como muy mala.
- El 28,6% está bastante o muy satisfecha con su salud, un 35,7% poco satisfecha.
- Un 57,1% de los casos piensa que el dolor físico le impide la actividad en nada o en poca medida.
- El 64,3% es capaz de aceptar su apariencia física bastante o totalmente.
- Sólo el 35,7% está bastante o muy satisfecho con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria.
- Un 39,3% está bastante o muy satisfecha consigo misma, un 42,9% lo normal, y un 17,9% insatisfecha o muy insatisfecha.
- Un 14,3% de las pacientes tiene sentimientos negativos frecuentemente; un 57,2% no tiene estos sentimientos nunca o raramente los presenta.
- El 46,4% refiere que no necesita o sólo necesita un poco el tratamiento médico para funcionar en su vida diaria.
- La mitad de los pacientes está bastante o muy satisfecha con su sueño. Sólo un 25% está insatisfecho.
- Un 39,3% está bastante o muy satisfecha consigo misma, el 57% de las pacientes no está bastante satisfecha con su sueño.
- Casi un 43% de las pacientes dice no tener bastante energía para funcionar en su vida.
- El 67,7% no está bastante satisfecha con su vida.

En cuanto a la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional, lo han rellenado de forma completa y correcta 11

pacientes de las 28. Las actividades en las que presentan mayor problema son:

- Realizar sus actividades laborales, por ejemplo trabajar en una peluquería.
- Realizar algunas de las tareas del hogar como tender, hacer la comida, limpiar la casa y planchar.
- Escribir
- Coser
- Hacer deporte
- Salir con mis amigos.

Varias de estas actividades son según el marco de trabajo de la AOTA, actividades instrumentales de la vida diaria, que no han sido valoradas en el Índice de Barthel, pero como podemos observar son actividades que las pacientes no realizan de forma satisfactoria. También se observan ocupaciones que pertenecen al área de la participación social o el tiempo libre u ocio como hacer deporte.

Algunas de las pacientes que no han rellenado la Medida Canadiense, sin embargo, (4 en total) han añadido que no presentan dificultad en realizar ninguna actividad, no obstante apuntan que los días e incluso unas semanas posteriores al tratamiento con quimioterapia se encuentran muy cansadas y con astenia que les impide realizar todo aquello que quisieran.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las pacientes en general, perciben que gozan de una buena calidad de vida, aunque muchas están poco satisfechas con su salud y más de la mitad no están bastante satisfechas con su vida. Habría que realizar una investigación más detallada para averiguar cuáles son aquellas áreas de su vida con las que no están satisfechas y así poder incidir y trabajar en ellas.

El dolor físico no les impide realizar sus actividades diarias, al contrario de lo que cabía esperar antes de iniciar el estudio. Muchas de ellas se encuentran en los primeros estadios de la enfermedad, no presentan metástasis y por lo tanto el dolor es menos intenso, además también

hay poca muestra de pacientes intervenidas quirúrgicamente, que son las que tradicionalmente presentan mayores molestias.

Más de la mitad de las pacientes acepta su apariencia física de forma positiva a pesar de los efectos secundarios de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Ésto puede ser debido a que los tratamientos quirúrgicos actuales son cada vez menos agresivos y más conservadores. También la alopecia, uno de los efectos secundarios que más afectan a las mujeres en su imagen es cada vez más fácil de disimular con pelucas, pañuelos, etc. Existen en el mercado una gran variedad de prótesis mamarias para rellenar sujetadores y bañadores indicados en mujeres mastectomizadas que ayudan a mejorar la apariencia física.

A pesar de que prácticamente todas presentan un Índice de Barthel con una puntuación de 100 y por lo tanto son totalmente independientes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, menos de la mitad están satisfechas con su habilidad para realizarlas. Probablemente, el Índice de Barthel no ha sido la mejor opción para valorar las actividades de la vida diaria; es una escala muy básica y demasiado general. Como vemos en la Medida Canadiense, las pacientes sí presentan dificultades en otras actividades y ocupaciones que no recoge el Índice de Barthel. Se debería realizar una adaptación de las actividades o el entorno para facilitar el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, así como asesorar sobre la elección de aquellos productos de apoyo que precisen. Por ejemplo, la necesidad de utilizar la fuerza en las tareas del hogar está relacionada con el hecho de tener que mover objetos utilizando la fuerza o tener que mantener el cuerpo en una postura determinada. Existen en el mercado escobas y fregonas con palo largo para limpieza de cristales y azulejos, cepillos de mango extensible, tendederos graduables, sábanas ajustables para no levantar el colchón, etc.



Destaca que casi la mitad refiere que no necesita ningún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria, cuando todas están siendo tratadas para el cáncer de mama con algún fármaco o cirugía. Esta afirmación sorprende, y es posible que se deba a que muchas de las pacientes no entienden la quimioterapia o la terapia hormonal o la cirugía como un tratamiento médico en sentido estricto.

Casi la mitad de las pacientes dice no tener bastante energía para funcionar en su vida diaria; como apuntaban en la Medida Canadiense sienten cansancio y astenia tras el tratamiento.

También estaría indicada la adaptación del puesto de trabajo con los principios de ergonomía, valorando siempre las necesidades individuales.

Ninguna de las pacientes encuestadas estaba recibiendo radioterapia, esto es debido a que el Hospital de Denia no presta este servicio y las pacientes deben trasladarse a otro centro. No se pueden valorar por lo tanto los efectos secundarios de este tratamiento.

Tampoco hemos encontrado ninguna de las pacientes con linfedema, que es una de las secuelas más importantes e incapacitantes para la mujer tras una mastectomía.

Para finalizar, destacar que la percepción de calidad de vida de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama de nuestro Departamento de Salud es en general buena al igual que su desempeño en actividades básicas de la vida diaria. No existe relación significativa

entre estas dos variables y los diferentes tipos de tratamiento recibido ni tampoco entre las diferentes variables sociodemográficas. La muestra del estudio parece insuficiente para poder valorar estas correlaciones.

Se puede objetivar un déficit en la realización de algunas actividades instrumentales de la vida diaria así como en las áreas ocupacionales del trabajo y el ocio.

AGRADECIMIENTOS

- Equipo de Oncología del Hospital Marina Salud de Denia.
- Equipo de Hospitalización a domicilio del Hospital Marina Salud de Denia.
- Dirección del Hospital Marina Salud de Denia. ☺

BIBLIOGRAFÍA

1. Polonio B. (2003). Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid. Panamericana.
2. AOTA. (2010). Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional.
3. Martín Jiménez M. (2008). Preguntas frecuentes en Oncología-Cáncer de mama. Servicio de Oncología médica Hospital Universitario San Carlos. Madrid. Publicaciones Permanyer.
4. Navarrete Salas E. (2002). Terapia Ocupacional y Rehabilitación post quirúrgica en pacientes con cáncer de mama: manejo de síntomas físicos y emocionales. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2, 40-43.
5. El cáncer en España.com (2010) publicado por la Sociedad Española de Oncología Médica. en su página web www.seom.org. Extraído el día 4 de enero, 2012.



Entrevista a...

ISABEL CASTELLANO PEÑALVER

AECC en mota del cuervo



Manuel Olivares Cobo

Fotografías: Belén Guerrero

Isabel Castellano Peñalver, es junto a otras diez personas la promotora de la agrupación local de la AECC en Mota del Cuervo (Cuenca), población de La Mancha con 5.500 habitantes aproximadamente. El pasado 18 de octubre nos sorprendió en las redes sociales la marcha “**caminando por el cáncer de mama**” con la participación de medio millar de caminantes y la implicación de muchas instituciones locales como cofradías locales de Semana Santa, asociaciones deportivas, grupos amateur de teatro e incluso empresas que apoyaron en la

logística a la caravana de caminantes por el cáncer de mama.

¿Cómo decidiste implicarte en la AECC?

Soy una paciente de cáncer de mama, por lo pronto superviviente. Cuando superé la enfermedad y recuperé las fuerzas y ganas de vivir, sentí la necesidad de ayudar a otras personas que pudieran pasar por la misma situación. En el pueblo es tradicional la formación de asociaciones culturales, religiosas, de negocios e incluso de ocio.

¿Fue difícil llevar a cabo la idea de constituir una asociación contra el cáncer en la Mota? ¿Cómo empezasteis?

Nos juntamos varias personas afectadas y otras que también habían pasado por la enfermedad e incluso familiares próximos y decidimos solicitar ayuda a la AECC. Llamamos a la sede central en Madrid y nos orientaron a integrarnos en la Asociación Provincial en Cuenca, constituyendo la Agrupación Local de Mota del Cuervo en el año 2011. Actualmente la Junta somos 10 personas,



pero algunas viven fuera del pueblo y el núcleo duro lo constituimos 4-5 personas. Mantenemos reuniones semanales, nos hemos formado realizando el curso de voluntariado y realizamos visitas domiciliarias después de la reunión de cada semana.

**¿En qué consiste vuestro trabajo?
¿Qué función desempeñáis como grupo?**

Nuestra actividad consiste en trabajar como un "auténtico grupo de autoayuda" hacia los pacientes que padecen cáncer del pueblo y se encuentran en tratamiento, sin distinción del tipo de cáncer que se trate, edad, situación social o cualquier otra cualidad.

Como pueblo que es, aún funciona el boca a boca de tal forma que cuando alguien de la agrupación tiene información sobre un nuevo caso, de la forma más delicada posible le ofrecemos nuestro apoyo y experiencia personal. Otras veces son los propios pacientes recién diagnosticados los que se ponen en contacto con nosotros, expresando sus inquietudes y miedos.

Ofrecemos la logística de la AECC a nivel nacional, disponible para quién lo necesite como alojamiento en pisos cerca

de los hospitales, ayudas económicas para familias afectadas por la enfermedad con pocos recursos, tratamientos psicológicos no incluidos en las prestaciones del sistema público de salud, información sobre las distintas prótesis disponibles...

Desde Cuenca también nos ofrecen actividades formativas impartidas por médicos u otros profesionales en el pueblo, participan en campañas divulgativas sobre la prevención del cáncer, etc.

¿Qué crees que os aporta la Asociación a nivel personal?

El hecho de poner en común y comunicar con personas que pasan por la misma experiencia vital de padecer un cáncer, resulta tanto para mí como para el resto del grupo, muy gratificante y nos enriquece a nivel personal. Somos conscientes de que no curamos el cáncer, pero sí que contribuimos al bienestar de los moteños afectados, sin interferir en la labor de los profesionales. Los afectados nos consultan sobre sus vivencias, sus síntomas, sus experiencias... y nos apoyamos mutuamente. Es muy enriquecedor. No olvidamos a los compañeros que ya no están con nosotros y nos da fuerza para seguir en el empeño.

¿Cuáles son las actividades que lleváis a cabo o en las que colaboráis?

Trabajamos con la AECC de Cuenca organizando la Jornada de Cuestación Anual y también con la Lotería de Navidad. Tenemos la colaboración de otras asociaciones del pueblo como la peña ciclista, cofradías religiosas, grupos de teatro... Somos el pueblo que más recauda de la provincia.

Somos muy demandantes ante la AECC en Cuenca, sobre el destino de esas donaciones porque somos conscientes que muchas de esas donaciones exigen mucho sacrificio. Nos reconforta saber que son destinados a la investigación y tratamiento del cáncer.

El apoyo por parte de los ciudadanos del pueblo y sus asociaciones en general ha sido constante y amplio. Cualquier asociación como la peña ciclista, los clubes deportivos, las cofradías, etc. que organizan sus eventos, siempre nos hacen sus beneficiarios. Incluso las empresas de catering, u otra logística les falta tiempo para colaborar con otras; y todo en beneficio de la AECC. No tenemos palabras suficientes de agradecimiento. Por supuesto, cada vez que nos llaman allí estamos. Somos pocos en la Agrupación local, pero la respuesta del pue-



blo en general ha sido extraordinaria y sobrepasado nuestras expectativas.

¿Existe algún tipo de colaboración con otras asociaciones a nivel nacional?

No hemos contactado con otras asociaciones.

¿Tú opinión sobre la labor que realizan los profesionales de enfermería tanto con los pacientes como colaborando con vuestra asociación?

Son los profesionales más próximos con los enfermos, con quien tenemos más contacto y que más conocen nuestros

miedos y esperanzas. Valoramos mucho su cercanía en el trato.

¿Qué les dirías a otras personas que estén pensando en hacer algo parecido? ¿Cómo los animarías a implicarse en una empresa así?

Les diría que se animen, que por pocos que les parezca que son la sociedad en general está muy sensibilizada, porque la enfermedad afecta a muchos casos y a personas jóvenes. Que además si se integran en una asociación ya existente como la AECC, el camino está muy marcado y a nivel local puedes ser autónomo.

Creo que nuestra asociación es un ejemplo de grupo de autoapoyo de la sociedad civil, en el campo de la salud, a nivel local, que quiere contribuir de alguna manera al gran logro de la prevención y cura del cáncer. 🍀



Nuestr@s compañer@s de...



María Teresa Rubio Moral

Equipo paliativo que da cobertura telefónica, las 24 h del día los 365 días del año en la Comunidad de Madrid (6 millones de habitantes).

En el Plan estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2010 - 2014 se parte de una *necesidad histórica*, demandada con rigor ya desde los comienzos de los Cuidados Paliativos en España, el domicilio en la mayoría de los casos, se sigue considerando el lugar idóneo para el cuidado. En este ámbito, la atención puede mejorar con la asistencia específica paliativa a lo largo de las 24 horas al día, evitando así visitas a urgencias e ingresos en Hospitales de agudos, reduciendo los costes de atención.

La puesta en marcha arranca en diciembre de 2010 en el marco de **continuidad y accesibilidad** exigido por todos;

incluso dentro del derecho aludido ya en la ley de Cohesión y Calidad del SNS 2003 se habla de *garantías de accesibilidad y movilidad*.

La continuidad es la línea conductora del Plan de CP de la CAM de 2010 y queda formalizada en el concepto de la Unidad Integrada donde el paciente puede moverse en cualquier nivel asistencial.

La accesibilidad a toda la ciudadanía está muy facilitada gracias a la ubicación de PAL 24 en el SUMMA 112 que permite un contacto fácil y rápido.

Se logra la continuidad:

- *Coordinándonos* con los equipos para que se garantice la atención en cualquier nivel que se encuentre el paciente.
- *Gestionando recursos y asesorando* a profesionales en las 24 h del día.

PAL 24

¿Quién compone la plataforma PAL 24?

La plataforma PAL 24 está formada por 12 profesionales, 6 médicos y 6 enfermeras con turnos rotativos de 12 horas, funcionando siempre en pareja de 1 médico y 1 enfermera sentados en mesas contiguas para que el intercambio de información esté facilitado.

Cada mesa tiene 2 ordenadores. Uno de ellos refleja los datos demográficos, el motivo de llamada así como la resolución que se efectúa dentro del programa del SUMMA.

El otro refleja las llamadas que entran y están en lista de espera.

Para nuestro trabajo diario disponemos de varias herramientas:

- **Informáticas.** Sistemas de Información
 - Sitrem: sistema informático propio del SUMMA, que facilita el acceso a la población.

- InfoPAL: historia paliativa electrónica dentro del marco del programa de AP Madrid, elemento muy facilitador para tomar decisiones confrontadas.
- Recursos hospitalarios: gestión de ingresos en Unidad de camas paliativas.
- CPPI: coordinación de pacientes, en donde queda reflejada la disponibilidad de camas paliativas.
- Horus: visor de la historia clínica del paciente.
- **De procesos GesPAL**
 - Flujos de trabajo.
- **Recursos humanos** movilización de recursos SUMMA
 - PAL 24 como soporte.
 - Atención Primaria.
- **Funciones de la plataforma PAL 24**
 - Clínico asistencial. Realizar protocolos clínicos, salidas domicilio. Apoyo y orientación clínica, emocional social y espiritual a pacientes y familiares. Demanda de los equipos que nos llaman para comentarnos los pacientes más inestables o más complejos que pueden ser susceptibles de nuestra atención fuera de sus horas laborales.
 - Coordinación. Con los profesionales de equipos de cuidados paliativos y la gestión de ingresos en Unidades de Camas Paliativas. Apoyo a los profesionales de C. de Salud y a los que están en las unidades del SUMMA que acuden al domicilio.
 - Docencia y Formación. Cursos para profesionales del SUMMA, rotacio-

nes de miembros de PAL 24 por los equipos paliativos, participación en Congresos y Jornadas.

- Técnica y calidad. Elaboración de flujos de trabajo y sistemas de información (InfoPAL, GesPAL) y su reevaluación continua.
- Red de investigación. Envío de comunicaciones a Congresos y publicaciones.
- Gestión de las llamadas. La llamada entrante del 112 ó 061 pasa a un operador que recoge datos demográficos y los códigos de consulta. En nuestro caso hay sólo una rama conjunta de PAL 24 y que pasa a las 2 mesas. Se coge alternativamente la llamada y se intercambia información entre médico y enfermera para resolución. Si el paciente tiene el código A99.01 (paciente con necesidades paliativas), se le atiende desde PAL 24 y si no cumple este criterio, se pasa la llamada a otro profesional del SUMMA. Una vez encuadrada la situación clínica del enfermo se codifica el motivo de consulta dentro de necesidad física, social, espiritual o emocional. Se recogen los registros en Sitrem, InfoPAL, Accest, (base de datos interna).
- Resolución de la llamada. Por último la resolución de la llamada que deriva en dos sentidos:
 - Apoyo telefónico (consejo clínico) 75% de las llamadas.
 - Movilización de recurso 35% de las llamadas.

Motivo de consulta:

- Asistenciales. Dolor, Disnea, Agitación las más frecuentes. Otras: fiebre, SUD, Dudas tto., vía sc, vómitos, estreñimiento, empeoramiento del estado general.
- Organizativas. Soporte profesional, solicitud ambulancia, gestión ingreso en UCP.

- **UCP camas públicas: 289 camas en la CAM**

- Hospital Virgen de la Poveda.
- Hospital Santa Cristina.
- Hospital de Guadarrama.
- Hospital de la Fuenfría.
- Hospital Virgen de la Torre.

- **UCP camas concertadas**

- Instituto Fundación San José.
- Centro de Cuidados Laguna.
- Beata Mariana.
- Hospital San Rafael.
- SEAR.
- San Camilo.

Resultados desde la implantación de la plataforma PAL 24

- Aumenta:
 - Cooperación entre equipos.
 - Calidad del cuidado paliativo.
 - Satisfacción de pacientes y cuidadores.
- Disminuye:
 - Número de Equipos del SUMMA desplazados a domicilio.
 - Número de traslados a Servicio de Urgencias.
 - Número de ingresos hospitalarios inadecuados o innecesarios.
 - Gasto sanitario. 📉



DERIVACIÓN DE VÍA URINARIA

DESCRIPCIÓN

La derivación urinaria (DU) es la alteración parcial o total del recorrido normal de la orina. La DU se realiza cuando el flujo de orina se desvía a través de una apertura en la pared abdominal, o por otros medios, por exéresis de la vejiga o por obstrucciones o déficit funcionales de algún tramo de la vía urinaria.



ETIOLOGÍA

- 1. Cáncer:**
 - Neoplasias en los distintos órganos del aparato urinario (carcinoma de vejiga o próstata, uréteres...).
 - Neoplasia en órganos o adyacentes (ginecológico o rectal).
 - Adenopatías o fibrosis retroperitoneal.
- 2. Vejiga Neurógena:**
 - Por lesión medular (traumatismos, metástasis vertebrales) o lesiones del Sistema Nervioso Central (accidentes cerebrovasculares, metástasis...).
- 3. Obstructivas:**
 - Uropatías obstructivas intrínsecas.
 - Uropatías obstructivas extrínsecas.
- 4. Congénitas:**
 - Extrofia vesical.
- 5. Traumáticas:**
 - Traumatismos del aparato urinario.

TIPOS DE DERIVACIONES URINARIAS

Continentes: se refiere a todas las formas de derivación urinaria que permiten al paciente orinar cuando lo desea sin necesidad de utilizar ninguna forma de aparato o dispositivo de recolección.

No continentes: si la derivación no permite al paciente controlar la micción.

Ortotópicas: si para la eliminación de la orina se utiliza la vía natural o uretra.

Heterotópicas: cuando para la eliminación y exteriorización de la orina se utilizan vías alternativas a la natural como la piel o el tubo digestivo.

Abiertas: con acto quirúrgica o vía percutánea con control ecográfico.

Endourológicas: vía endoscópica con stent en doble "J" o stents autoexpandibles.

COMPLICACIONES DE LA DERIVACIONES

- Del tracto urinario: infección urinaria, litiasis renal.
- Del catéter: obstrucción del catéter (pudiendo causar insuficiencia renal e hidronefrosis) y migración.
- Alteraciones metabólicas como acidosis, hipocalcemia o hipocalcemia o déficit de vitamina B12 según el tramo del tubo digestivo usado en la derivación.

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis.
- Analítica de sangre y orina, ecografía abdominal, TAC, Urografía intravenosa (en casos seleccionados).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Educar al paciente y familia sobre las curas y el manejo del nuevo dispositivo.
- Manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

Vicente V., Camps C., Carulla J., Casas A. M., González M. Guía de práctica clínica en cuidados continuos. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2006, p.182.





Antonio Zamudio



EXOSOMAS, PREDICTORES DE METÁSTASIS

Los exosomas, vesículas que secreta un tumor, expresan las características del primario, lo que los hace predictores de riesgo metastásico. ■



LECCIONES DEL CÁNCER EN AUTOINMUNES

La inmunoterapia ha dado un vuelco a la supervivencia del melanoma metastásico y ha demostrado que potenciar el sistema inmune es una opción eficaz en el abordaje del cáncer. ■



INFORMAR MEJOR A PACIENTES ELEVARÍA SU INCLUSIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS

Informar a la sociedad sobre la investigación y los ensayos clínicos ayudaría

a incrementar la participación y reclutamiento de pacientes oncológicas autónomas e implicadas en la toma de decisiones, según los resultados del Estudio Activas, presentado en Madrid. ■



LA VÍA DE “NOTCH” ESTÁ IMPLICADA EN UN TIPO DE LINFOMA CUTÁNEO

Un cambio epigenético en la molécula mR-200C favorece la activación de la vía de señalización en micosis fungoide. ■



CUANDO UN PATÓGENO INFECTA Y ADEMÁS CAUSA CÁNCER

Los agentes infecciosos están detrás de un número importante de tumores. El hepatocarcinoma es un ejemplo de cáncer ligado a infección vírica. ■



EXPERTOS RECOMIENDAN PROTOCOLIZAR LA PRESCRIPCIÓN DE DEPORTE EN ABORDAJE DE CÁNCER

La práctica de ejercicio físico reduciría hasta un 40 por ciento los nuevos casos de tumores ginecológicos y de colon, mejoraría los resultados de la terapia oncológica y disminuiría las recidivas, según ha explicado a DM Emilio Esteban, del Servicio de Oncología del HUCA. ■



LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE COLÓN EN HOMBRES SUBIÓ EN ESPAÑA UN 28% ENTRE 1990 Y 2000

Un estudio publicado ayer en British Medical Journal analiza la evolución de la mortalidad por cáncer de colon en Europa entre 1989 y 2011. La media de 30 países europeos refleja un descenso del 13 por ciento en hombres; España vivió un aumento de casi el 28 por ciento. ■



M^a Dolores Fernández



La portada de **Cancer World** está dedicada a Denis Lacombe que silenciosamente está orquestando la revolución de la investigación clínica. La complejidad científica y coste económico del desarrollo de nuevas terapias contra el cáncer exigen un nivel de colaboración y participación, que lleva tanto a la industria como al mundo académico mucho más allá de sus zonas de confort. El director de la EORTC Denis Lacombe cree que tiene la pasión y la visión para ayudar a que ésto ocurra. Denis Lacombe hace 2 meses que ha sido nombrado Director General del único organismo europeo sin ánimo de lucro para llevar a cabo la investigación multidisciplinar internacional para todos los tipos de cáncer y habla de un cambio radical. Hoy en día, dice Lacombe, estamos siendo testigos de nada menos que una revolución en la forma en que se desarrollan e investigan los tratamientos contra el cáncer. *“La razón por la que todavía estoy aquí es que realmente creo en nuestra misión”, dice. “Creo en el equipo multidisciplinar, en las asociaciones, en lo que podemos hacer por los pacientes. La mayoría de los ensayos clínicos comerciales están puramente orientados a las fármacos, pero lo que hacemos es independiente y verdaderamente centrado en el paciente, abordando también la cirugía y la radiación de oncología. Las formas y métodos de ensayos clínicos han evolucionado a lo largo de los años, pero siempre han tenido la capacidad de hacer las pre-*

guntas que los pacientes quieren responder, y para seguir a los pacientes a largo plazo.

Así que los días de hablar de Ensayos de Fase I, II III en fármacos contra el cáncer están contados”, dice Lacombe. “Me gusta hablar en su lugar sobre los ensayos clínicos que se han diseñado para comprender y los que están diseñados para concluir - tenemos que cambiar la terminología para cambiar la forma de pensar, ya que un número de personas que por ahí están todavía pensando en los ensayos de fase I en el sentido clásico, en el que fueron diseñados para poner a prueba la seguridad. Si cambiamos la mentalidad, podemos cambiar lo que logramos”.

La EORTC ha establecido una plataforma de detección molecular llamada Specta. *“El concepto es entender primero la biología, y luego proponer un ensayo clínico y no al revés”.* La primera plataforma Specta, en el cáncer colorrectal, se inició en 2013 y 700 pacientes en los ensayos de toda Europa hasta ahora han aceptado formar parte del programa. La plataforma de cáncer de pulmón se abrió en junio. Es pronto, pero Lacombe es un apasionado de la importancia de Specta - y no sólo por sus aplicaciones prácticas sino que puede ayudar a la desaparición de los sistemas de investigación actuales que dan lugar a una pérdida trágica de datos biológicos y material.

Si hay una cosa que la EORTC conoce, es la infraestructura para ensayos clínicos multidisciplinarios internacionales. Lacombe cree en el potencial de Europa para la colaboración, a pesar de que la EORTC se ha enfrentado a varios problemas específicamente europeos en los últimos diez años como las presiones económicas en la industria farmacéutica, o los problemas planteados por la

nueva normativa sobre ensayos clínicos, dispositivos médicos y de protección de datos que se introducirán en los países de la UE en 2016. Lacombe podría ser la persona adecuada para llevar ésto adelante, tiene un entusiasmo contagioso acerca del potencial de la investigación del cáncer Europea y todo lo que tenga que ver con la EORTC. Ésto no es sólo un trabajo para él.

Otro artículo pregunta si la supervivencia libre de progresión (PFS) y la supervivencia libre de enfermedad (DFS) son los nuevos estándares de oro para los ensayos clínicos en cáncer. La supervivencia global (OS) es el patrón oro y resultado primario de interés para los ensayos clínicos sobre el cáncer. Se trata de una “medida apropiada” para la evaluación de medicamentos y terapias contra el cáncer, con base en las recomendaciones de los organismos reguladores que han declarado que un resultado primario en los ensayos clínicos debe demostrar que un nuevo tratamiento tiene algún tipo de beneficio clínico (FDA, 2007). En el desempeño de un ensayo clínico, existe la idea que todos los investigadores deben demostrar una mejora en la supervivencia global para que un medicamento sea aprobado. Eso, por supuesto, no es tan simple. Hay problemas con el seguimiento de los pacientes durante períodos de seguimiento a más largo plazo, cuando puede haber posibilidades de confusión con los tratamientos secundarios o terciarios por lo que es difícil demostrar qué tratamiento contribuyó a qué de la supervivencia global. En cuanto a los ensayos clínicos, la buena noticia en el cáncer es que los pacientes viven más tiempo con terapias que son mucho más eficaces que hace 20 ó 30 años. Sin embargo, en términos de diseño de ensayos clínicos, hay

mayor riesgo de factores de confusión con este período de vida más largo. Los pacientes continuarán obteniendo más líneas de tratamiento de lo que previamente había sido determinado. Además, debido a que los pacientes se encuentran en estudio por más tiempo, los ensayos también tienen que continuar por más tiempo, lo que aumenta los costos para los ensayos. Una de las preguntas para los diseñadores de ensayos es si podemos identificar algún tipo de biomarcador temprano para usar en lugar de la supervivencia global que nos dará una indicación de que un tratamiento es potencialmente eficaz. Ésto reduciría el tamaño de muestra necesario, la cantidad de tiempo requerida para el ensayo clínico y, en última instancia, el costo de la realización de un ensayo clínico. Un ejemplo de un ensayo que utilizó un biomarcador temprano es el del Instituto Nacional del Cáncer de Cáncer MA.17, fase III randomizado, un ensayo controlado de letrozol en mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama que habían completado previamente cinco años de tamoxifeno. El criterio principal de valoración fue la supervivencia libre de enfermedad (DFS) y participaron más de 5.000 mujeres. Hay dos maneras en que podemos encontrar los biomarcadores tempranos para mejorar la eficiencia de ensayos clínicos: encontrar un marcador que muestra un beneficio clínico o encontrar algún tipo de marcador sustituto para la supervivencia global o marcador indirecto. Lo que tenemos que hacer en los ensayos clínicos es reunir datos para validar estadísticamente si un marcador sustituto es válido o no. En resumen, PFS y DFS a menudo pueden ser sustitutos pobres para la supervivencia global (OS). Es muy difícil validar marcadores sustitutos, aunque hay una gran cantidad de investigación tratando de validar la PFS y la DFS en contextos específicos. El uso de PFS / DFS como resultado primario en los ensayos clínicos es probable que aumente, pero se debe utilizar con precaución y la comprensión de todas las cuestiones que afectan su validez como un marcador sustituto para la OS.

Otro de los artículos es una entrevista con el Comisario Europeo de Salud Vitenis Andriukaitis sobre lo que Europa tiene que hacer para salvaguardar y ampliar el acceso a la atención del cáncer de alta calidad en estos tiempos difíciles. ¿Cómo pueden los países europeos proporcionar a un número rápidamente creciente de pacientes y supervivientes con el tratamiento y la atención que necesitan cuando los gobiernos están recortando el gasto en salud? No pueden, dice el Comisario Vitenis Andriukaitis. Cirujano de profesión, y ex ministro de Salud de Lituania, dice que no está contento de que, en respuesta a la crisis financiera, algunos gobiernos hayan reducido sus presupuestos de salud como parte de sus esfuerzos para reducir el gasto público, y argumenta que tal política es contraproducente. *“El mensaje es claro: el sistema de salud crea las condiciones para que el empleo y la economía se recuperen, y el gasto en salud debe ser visto como una inversión... Inversión, inversión, y una vez más inversión, es la manera de luchar contra el cáncer”*, dijo a esta revista. La Comisión ahora también hace una revisión anual de cómo los planes económicos de los gobiernos se alinean con la estrategia Europa 2020 para *“una economía inteligente, sostenible e integradora”* - y desde 2012, esta revisión ha incluido el gasto en salud. Aunque Andriukaitis sólo se unió a la Comisión en 2014, sin embargo, jugó un papel clave en las discusiones acerca de qué tipo de recomendaciones de servicios de salud se deben apuntar desde la Comisión. En su calidad de Ministro de Salud, fue anfitrión de una conferencia europea en Vilna, capital de Lituania durante el 2013 en que ostentaba la presidencia de la UE, haciendo un llamamiento a los líderes europeos para trabajar con los gobiernos y la sociedad civil para *“ayudar a garantizar que los sistemas de salud europeos se han centrado en las personas, sostenibles y que incluyan y proporcionen una buena salud para todos”*. La Declaración de Vilna pidió un aumento de la inversión en la promoción de la salud y prevención de enfermeda-

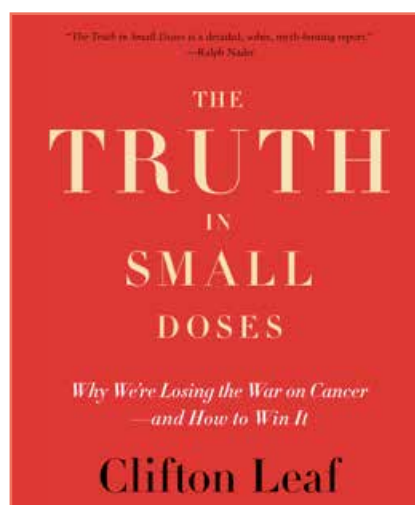
des; el acceso universal a la alta calidad, servicios de salud centrados en las personas, y políticas de salud basadas en la evidencia y centradas en la relación coste-eficacia, la sostenibilidad y el buen gobierno. Andriukaitis dice que la Comisión respondió a la llamada a la acción y tomó muchas de las recomendaciones de Vilna para su *“Comunicación sobre los sistemas de salud eficaces, accesibles y flexibles”* en 2014. La igualdad de acceso para las personas con cáncer, sin embargo, sobre todo en países con los resultados más pobres, es *“el acceso universal a la alta calidad y los servicios de salud centrados en las personas lo que realmente interesa. La Comisión está dispuesta a ser más activa en la cooperación con los Estados miembros en la solución de los problemas, sobre todo en relación con los determinantes sociales, aconsejándoles prestar más atención a los grupos desfavorecidos, evaluar las necesidades e implementar adecuadamente su programa nacional de cáncer”*. Menciona también la propuesta para las redes europeas de referencia, lo que debería mejorar el acceso al cuidado experto para las personas con cánceres más raros. Andriukaitis reconoce, sin embargo, que *“los altos costos de la medicina personalizada plantean un serio desafío para el principio de igualdad de acceso”*. El problema es que los precios de muchas nuevas terapias son simplemente inasequibles para muchos sistemas sanitarios europeos. ¿Qué puede hacer la Comisión al respecto? *“La negociación de precios de los medicamentos y su inclusión en los sistemas de salud es responsabilidad de los Estados miembros”*, responde Andriukaitis, y *“cualquier acción en este frente se hará de manera voluntaria y sin perjuicio de las competencias internacionales”*. Añade, sin embargo, que *“está dispuesto a fomentar las discusiones y apoyar la cooperación entre los Estados miembros en estas áreas, a fin de que la medicina sea más accesible a los pacientes”*.

Él sugiere que es en el ámbito preventivo donde el enfoque personalizado de la medicina podría tener mayor impacto,

mejorando los objetivos de las acciones. “Estamos listos para discutir con los Estados miembros nuestras ideas sobre un enfoque integral para la gestión de alcohol, el tabaco, la nutrición, el sobrepeso, la obesidad y otros factores de riesgo dentro del marco de las acciones, y animar a los Estados miembros a que cooperen entre ellos y con la Comisión”, dice él. Otra meta urgente es la de reducir un déficit de 2 millones de profesionales de la salud y trabajadores auxiliares para el 2020. Viniendo de Lituania, Andriukaitis es muy consciente de lo que esto podría significar para los Estados miembros más pobres, muchos de los cuales ya están luchando para retener al personal que han entrenado, pero que optan por trabajar en el extranjero. “La sostenibilidad de los sistemas sanitarios es imposible sin trabajadores sanitarios suficientes y adecuadamente capacitados”, dice Andriukaitis. “Entendemos que hay un enorme desafío para todos de cooperar en esos campos”, dice. “La movilidad laboral es un principio fundamental en la Unión Europea, pero se necesitan soluciones que se encuentran a nivel nacional”. “El liderazgo mostrado por la comunidad del cáncer”, añade, “es un ejemplo me gustaría ver seguido por otros”. Necesitamos enfoques más específicos y mayor facilidad en la identificación de herramientas, acciones conjuntas, intercambio de mejores prácticas, intervenciones específicas, para mejorar las áreas donde la carga es mayor, como en las enfermedades crónicas.

El premio a la trayectoria periodística ha sido para Clifton Leaf al que le llevó diez años de inmersión en el mundo de la investigación del cáncer para producir el libro que ganó. Pero comenzó a partir de una simple pregunta: ¿cómo hacer afirmaciones acerca de ganar la guerra en el cáncer con un fracaso para reducir las tasas de mortalidad? A la edad de 15 años fue diagnosticado de Hodgkin avanzado y experimentó una combinación de quimio y radioterapia que casi lo mataron aún cuando le salvó la vida. Ahora como Editor Adjunto de la revista Fortune, recientemente fue a Suiza para recibir este premio por su libro “The truth

in small doses. Por qué estamos perdiendo la guerra contra el cáncer y cómo ganarla”. Durante esta década Leaf ha logrado reformular la historia del cáncer.



La narrativa habitual tiene a la ciencia desvelando sin descanso los secretos de este terrible azote y el desarrollo de fármacos cada vez más brillantes para tratarla. De hecho, cuando se acercó por primera vez al tema esto es lo que él cree “Mi sesgo fue la del estadounidense promedio. Sólo sabes lo que lees en los periódicos. Pensé que nos iban a dar un avance tras otro”. Él llegó sin conocimientos científicos, y sin haber escrito nunca acerca de la ciencia médica. Sin embargo, éste fue el momento en que el Glivec, Avastin y Erbitux estaban siendo aclamados como medicamentos milagrosos, y había gran interés en el campo de los inversores. Como periodista de negocios no podía ignorarlo. “Empecé a pensar en el problema del cáncer como si se tratara de una empresa corporativa. En lugar de un estado de pérdidas y ganancias o un balance general, pregunté ¿cuáles son los indicadores que demuestran lo que la comunidad del cáncer está haciendo? ¿cuántas personas estaban padeciendo la enfermedad cada año, cuántos estaban muriendo y cuánto estábamos gastando? Las respuestas no eran ni claras ni alentadoras. Esos números parecían ir camino de Enron, y empecé a preguntarme si las cosas eran como deberían ser”. Su conclusión principal fue que no se puede reivindicar un éxito, siempre y cuando la

carga del cáncer - el nº total de personas que desarrollan cáncer y mueren por la enfermedad - sigue aumentando. El envejecimiento de la población es un factor crítico, reconoce, pero dice que tenemos que hacer frente a estos datos demográficos de la población, trabajar para reducir el número de personas con cáncer y centrarse en adelantarse al proceso de la enfermedad antes de su progresión. La última vez que esta revista escribió sobre Clifton Leaf (2007) el titular lo describió como “haciendo preguntas difíciles”. Él pone reparos. “Creo que son las preguntas tontas - las cosas realmente sencillas como ¿en qué momento nos aseguraremos de que tener menos mujeres con cáncer de mama es tan fundamental como tratarlas”. Su libro se centra en la falta de correspondencia entre la brillantez de los científicos y lo que él ve como las ambiciones minimalistas de las empresas de los ensayos clínicos - citando Irv Krakoff en la investigación “con el objetivo de encontrar respuestas significativas a las preguntas insignificantes”. Describe cómo en Estados Unidos los fondos para el cáncer van cada año a las mismas instituciones, cómo los investigadores pasan el 50% de su tiempo en la solicitud de subvenciones y en llenar el papeleo y cómo los jóvenes investigadores con ideas brillantes gastan una cantidad cada vez mayor de tiempo haciendo trabajo experimental no inventivo en grandes laboratorios, reuniendo una cantidad interminable de “datos preliminares”, mientras que sus ambiciones e inspiración se marchitan. Leaf se centra en las personas que desafían el status quo y que con frecuencia son marginados hasta que se vuelven a estar en lo cierto. Sin lugar a dudas su obra ha tenido un gran impacto, pero no se considera un experto. “Definitivamente, me gustaría decir que experto no es la palabra adecuada. Yo diría que soy un estudiante de recuperación muy trabajador, bien formado en la forma en que debe al menos ser capaz de comunicarse con la gente con la que estoy teniendo una conversación”. Ésta es una razón que su libro incluya 81 páginas de notas al final y casi 100 páginas

de referencias en la parte posterior. "He hecho un verdadero esfuerzo para hacer que las fuentes y referencias fuesen tan completas y legibles como pude y usé revistas de primer nivel". ■



En el último número de Octubre de *European Journal of Oncology Nursing* destacamos tres artículos. Uno de ellos investiga las diferencias en fase temprana de la calidad de vida relacionada con la salud, el estado psicológico y la función física entre pacientes trasplantados con leucocitos humanos antígeno-haploidéntico y otros con trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas. El estudio incluyó 126 pacientes evaluados y los resultados mostraron diferencias significativas en los distintos tipos de trasplantes de células demostrando que el tipo de donantes afecta la calidad de vida, el estado psicológico y la función física en los receptores de alo-TCMH; estos resultados pueden proporcionar ideas para estrategias de rehabilitación a medida para receptores de TCMH. Otro nos habla de las necesidades de información de las mujeres italianas con cáncer de mama durante su primera consulta oncológica. La mayoría de las preguntas eran sobre el manejo de la enfermedad y las que tenían prescripción de QT hicieron más preguntas. Otros factores relacionados con el mayor nº de preguntas fueron las de menor edad y la duración de la consulta. El conocimiento de los factores asociados con las necesidades de información puede contribuir a lograr una mayor participación y consecuentemente una mejor calidad de la atención centrada en el paciente. Por último un artículo sobre las experiencias de los niños brasileños y sus cuidadores familiares frente a la recurrencia del cáncer. El estudio se llevó a cabo con niños de 5 a 12 años a través del procedimiento dibujo e historia y a

sus familiares con 8 entrevistas en profundidad. Los niños evidenciaron que percibían la amenaza e incertidumbre, independientemente de su edad o el tipo de comunicación que se establece sobre la enfermedad y el pronóstico. Los cuidadores expresaron sentimientos de frustración, la amenaza y la pérdida de control en vista del diagnóstico de cáncer recidivado y el pronóstico, lo que aumentó el temor de perder a sus hijos y obstaculizaba el proceso de atribución de sentido a su existencia. La comprensión de estas experiencias podría apoyar la planificación de las intervenciones psicológicas para que hagan frente a las peculiaridades de esta situación. ■



El artículo on-line de *Oncology Nursing Society* disponible hace una revisión bibliográfica de la evolución del papel de la enfermera durante el proceso de toma de decisiones en el tratamiento del cáncer. Ha habido muchos modelos de relación médico-paciente desde el modelo paternalista que se postuló a principios de 1950. Entre ellos se encuentran el modelo informativo, el médico como agente modelo, el modelo compartido de cuidado, el modelo centrado en la familia y el de los patrones de toma de decisiones de Degner y de Beaton. La evolución de estos modelos también contribuye a la evolución del papel de la enfermera en la toma de decisiones de tratamiento del cáncer. Este artículo revisa las funciones actuales y basadas en la evidencia de la enfermera durante la toma de decisión sobre el tratamiento del cáncer y se discuten las implicaciones para la práctica y la investigación. La Agencia para la Investigación y Calidad de Salud reconoció el importante papel de los enfermeros y enfermeras en la prestación de la educación del paciente para participar pacientes y proporcionar información sobre las opciones de trata-

miento (Clancy, 2012). Un amplio estudio en 17 países europeos con respecto a la percepción de la participación enfermera en la toma de decisiones al final de la vida reveló diferencias geográficas en el nivel percibido de participación, con más participación en la región del norte de Europa (Benbenishty et al., 2006). Los investigadores de este estudio sugieren que estas diferencias geográficas pueden ser debido a la variación cultural laboral y se necesita más investigación para validar estos hallazgos. Las implicaciones para la práctica de este estudio nos dicen que habrá que esforzarse para realizar diferentes funciones de enfermería relacionadas con la toma de decisiones en diferentes puntos de tiempo del proceso de toma de decisiones, utilizar las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia para mejorar los resultados del paciente, evaluar las necesidades de los pacientes con cáncer durante este proceso de toma de decisiones y proporcionar las intervenciones de enfermería a medida basados en esas necesidades. ■



Los artículos más destacados de este número de *Cancer Nursing* son la evaluación de un programa de ejercicio basado en la comunidad para el cáncer de mama para aliviar los descensos habituales en la salud física y emocional y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este estudio evaluó la eficacia, la seguridad y el disfrute de un programa de ejercicio comunitario para pacientes con cáncer de mama 3 meses después de terminar el tratamiento. Participaron 80 pacientes de mediana edad y la mayoría diagnosticadas en estadio II y aunque no presenta-

ron cambios significativos en la calidad de vida u otros cuestionarios psicosociales, sí que se incrementó el bienestar emocional y la retroalimentación sobre el programa fue positiva, lo que apoya la necesidad de integrar la programación de ejercicio como parte de los planes de tratamiento para pacientes con cáncer de mama.

Otro de los artículos es un estudio longitudinal de los síntomas depresivos en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia. El objetivo de este estudio era determinar si los niveles de síntomas depresivos cambiaron con el tiempo y si características demográficas, clínicas, síntomas o psicosociales se asociaron con los síntomas depresivos. El estudio fue evaluado desde el inicio de la RDT hasta 6 meses después. La severidad de los síntomas depresivos se incrementó durante la radioterapia y luego fue disminuyendo con el tiempo. Fueron corroborados varios predictores conocidos como los síntomas físicos, el menor apoyo social, la insatisfacción con la propia apariencia y además, la cirugía previa a la radioterapia se asoció con menores niveles de síntomas depresivos en el inicio de la radioterapia. El conocimiento sobre la prevalencia, la evolución en el tiempo y los predictores de los síntomas depresivos pueden ser utilizados para identificar a los pacientes con mayor riesgo de síntomas depresivos más severos.

Otro nos habla de la percepción de los pacientes con cáncer sobre las barreras y facilitadores en la participación del paciente en el manejo de síntomas durante un episodio de hospitalización. Los síntomas, por definición, son subjetivos y el papel de los pacientes en su evaluación y gestión tendrán un impacto en sus resultados, por lo tanto, es un área donde facilitar la participación del paciente es vital para los resultados de calidad que se quieren lograr. Participaron 171 pacientes y se identificaron 10 categorías en los análisis de las percepciones del paciente y en general perciben la información como el componente más crítico de la participación. Por último un artículo acerca de la toma de decisión de las mujeres con cáncer

de mama unilateral de elegir una mastectomía bilateral a pesar de que sólo es considerado un tratamiento estándar en mujeres con susceptibilidad genética y que ha ido en aumento dando lugar a suposiciones de por qué eligen este procedimiento. Se utilizó un diseño descriptivo cualitativo a 23 mujeres a través de entrevistas realizadas por 2 investigadores. Se identificaron 5 temas que abordan los determinantes específicos del proceso de toma de decisiones: la búsqueda de algo, la recopilación de pruebas, el nivel de riesgo percibido, la identificación de prioridades y la toma de decisiones. Las razones fueron para evitar una vida de seguimiento con el consiguiente temor de escuchar que el cáncer de mama había regresado y las ganas de seguir con vida y bien por sus hijos y familias.

Las enfermeras pueden ser defensores de la toma de decisión de estas mujeres acerca del derecho a elegir su tratamiento basado en la mejor evidencia y la elección personal y que debe incluir los beneficios y riesgos del tratamiento. ■



El número de Noviembre de **Seminarios in Oncology Nursing** está dedicado a la Enfermería de Práctica Avanzada en el Cuidado del Cáncer. En ella destacamos tres artículos de revisiones bibliográficas. Uno que nos habla del doctorado de Enfermería en Práctica avanzada para explorar la evolución y los roles emergentes. La educación del doctorado prepara a la enfermera de práctica avanzada para las iniciativas de mejora de procesos, proporcionando una atención de calidad y el traslado a la práctica de la evidencia, que son imprescindibles con las nuevas tendencias en este complejo entorno sanitario. Ésto implica que tienen la oportunidad de influir en la atención oncológica en toda la trayectoria del cáncer, en diver-

sos ámbitos y en diversas funciones innovadoras como empresarios.

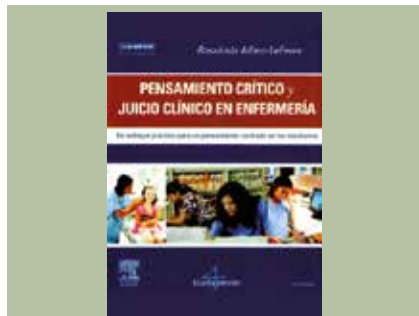
Otro artículo nos habla precisamente del impacto en la práctica clínica avanzada de enfermería y de cómo puede promover cambios. Siguen existiendo muchas variaciones en los programas educativos, planes de programas y proyectos académicos, lo que lleva a una falta de consistencia en el aprendizaje experiencial. Este momento es demasiado pronto en el proceso de implementación del DNP para determinar el impacto final pero la autoevaluación del programa continuo y la evaluación de programas de educación de doctorado serán de fundamental importancia para asegurar la calidad del programa y la optimización de trayectorias de salud.

Por último otro artículo nos habla del establecimiento de la Enfermería de Práctica Avanzada en el escenario del cáncer para explorar los roles, los temas, los recursos y la planificación de la participación en el entorno del cáncer. El número de pacientes con cáncer está aumentando así como la demanda de servicios de oncología y con la escasez de oncólogos que se prevé durante la próxima década, la enfermera oncológica de práctica avanzada puede desempeñar un papel clave en la prestación de los servicios necesarios de oncología en todo el continuo cáncer así como una atención de calidad para los pacientes oncológicos. ■



Nuestra sección de libros

Ana Isabel Souto Ramos



PENSAMIENTO CRÍTICO Y JUICIO CLÍNICO DE ENFERMERÍA

Rosalinda Alfaro-LeFevre

Editorial: Elsevier

Año de publicación: 2009

ISBN: 9788495626707

Esta obra presenta de manera exhaustiva los elementos imprescindibles que intervienen en el pensamiento crítico en general, y de forma particular en el ámbito competencial de la enfermería, que sustentan por una parte el pensamiento crítico enfermero y, por otra, el juicio clínico. La autora analiza estos conceptos en los diferentes escenarios profesionales, aportando una actualización respecto al pensamiento enfermero y las necesidades actuales de la profesión, como es la práctica basada en la evidencia científica enfermera. En esta nueva edición se enfatiza la importancia de identificar los resultados deseados en colaboración con los pacientes y las familias; se estudian los aspectos éticos, culturales y de gestión propios al rol de la enfermera; se incorporan estrategias prácticas para promover el pensamiento crítico; y se han incluido nuevas ilustraciones para clarificar los conceptos clave y reflejar los últimos avances en pensamiento crítico.



ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

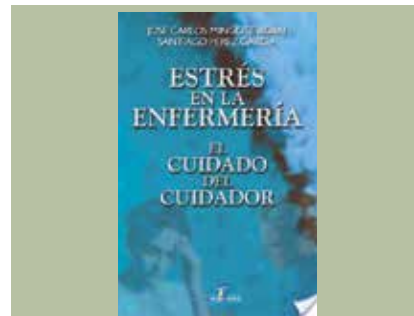
Mª Belén Martínez Cruz

Editorial: Elsevier

Año de publicación: 2012

ISBN: 9788490220184

Obra dirigida a estudiantes de grado de enfermería, profesionales que comienzan su práctica y necesitan unas pautas de actuación o a aquellos que realizan su labor en ámbitos de atención donde habitualmente hay pacientes con necesidades paliativas. Reúne en soporte impreso y electrónico el conocimiento y las habilidades de alrededor de 50 autores nacionales e internacionales con experiencia en los cuidados paliativos. Incluye 46 capítulos que se clasifican en tres bloques: "Aspectos generales", qué son los cuidados paliativos y los modelos organizativos hay para su provisión, visión de la sociedad sobre la muerte, papel de la enfermería. "Detección y abordaje de los problemas desde la perspectiva enfermera", según patrones de valoración de Marjory Gordon, se plasman los problemas de salud del paciente. "Herramientas de apoyo", como son el trabajo en equipo, la bioética del cuidado, las terapias complementarias, etc.



ESTRÉS EN LA ENFERMERÍA. EL CUIDADO DEL CUIDADOR

José Carlos Mingote Adán

Editorial: E-books

Año de publicación: 2013

ISBN: 9788499695532

La enfermería es una de las profesiones más estresantes, por lo que puede provocar diferentes alteraciones en la salud de sus profesionales. La finalidad de este libro es ayudar al personal de enfermería, en especial a la enfermera, a darse cuenta de los diferentes factores estresantes que inciden diariamente en ella de forma interrelacionada y que contribuye a desarrollar el estrés laboral crónico y/o el síndrome de desgaste profesional. Índice: Presentaciones. El estrés. El estrés del mundo laboral. El estrés laboral en enfermería. Medición del estrés. Síndrome de Burnout (SB) o síndrome de desgaste profesional (SDP). Prevención. Técnicas de tratamiento. Consideraciones finales. Bibliografía.

OXALIPLATINO

Eloxatin®, Oxaliplatino Accord®, Hospira®, Kabi®, SUN®, Teva®, GP-Pharm®

Marta González Fernández-Conde
NOVIEMBRE 2015

<p>PREPARACIÓN</p> <p>Envase 20mg - 4ml Envase 50mg - 10ml Envase 100mg - 20ml Envase 200mg - 40ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstitución (Oxaliplatino GP- Pharm®): vial de 50 mg con 10 ml de disolvente. Vial de 100 mg con 20 ml de disolvente. • Concentración de la solución para perfusión y de la reconstitución: 5 mg/ml. • Dilución: NO diluir en SF o soluciones que contengan cloruro. Sólo utilizar suero glucosado. <ul style="list-style-type: none"> - Dosis < de 170 mg, diluir en 250 ml de SG 5%. - Dosis > de 170 mg, diluir en 500 ml de SG 5%. - Si dolor de vena diluir en 500 ml de SG 5% manteniendo una concentración mínima de 0,2 mg/ml. • NO mezclar con medicamentos y soluciones alcalinas, en particular 5 Fluorouracilo o Ácido Fólnico que contengan trometamol como excipiente. Incompatible con el aluminio. • Proteger de la luz. • Concentración recomendada de la dilución: entre 0,2 - 0,7 mg/ml. La concentración máxima recomendada en la práctica clínica es 0,7 mg/ml aunque Eloxatin®, Oxaliplatino Accord®, Kabi®, Teva®, GP-Pharm® admiten una concentración entre 0,2 - 2 mg/ml, y Oxaliplatino Hospira®, 0,2- 1,3 mg/ml. En ningún caso debe ser inferior a 0,2 mg/ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad físico química del vial abierto: uso inmediato. • Estabilidad físico química de la dilución: Eloxatin® y Oxaliplatino Accord®, SUN® son estables 48 horas en nevera y 24 horas a TA. Oxaliplatino GP- Pharm® es estable 24 horas en nevera. Oxaliplatino Hospira® y Teva® tienen estabilidad 24 horas en nevera y 6 horas a TA, Kabi® 24 horas en nevera y a TA.
<p>INFUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: en 2 horas. En caso de disestesia faringolaríngea, infundir las siguientes dosis más lentamente, hasta 6 horas. • En combinación con 5 Fluorouracilo: infundir 1º Oxaliplatino, lavar bien la vía y luego infundir Fluorouracilo. • En combinación con Ácido Fólnico: diluir el Ácido Fólnico en SG 5% y pasarlo al mismo tiempo que el Oxaliplatino en Y. Ambos en 2 horas. Poner llave de 3 vías sin alargadera inmediatamente antes del punto de punción para que no se mezclen. El Ácido Fólnico no debe contener Trometamol. • En combinación con Gemcitabina (GemOx): administrar 1º Gemcitabina en 100 minutos y luego el Oxaliplatino en 2 horas. • En combinación con Raltitrexed (TOMOX): se recomienda infundir 1º Raltitrexed y luego Oxaliplatino. • En combinación con Pemetrexed (PemOx): infundir 1º Pemetrexed en 10 minutos y luego Oxaliplatino en 2 horas. • En combinación con Paclitaxel: infundir 1º Paclitaxel en 1 hora y luego Oxaliplatino en 2 horas. • En combinación con Vinorelbina: infundir 1º Vinorelbina, esperar 15 minutos y luego Oxaliplatino. • Protocolo FOLFOX: diluir el Ácido Fólnico en SG 5% y pasarlo concomitante en Y con el Oxaliplatino. Ambos en 2 horas. Poner llave de 3 vías sin alargadera inmediatamente antes del punto de punción para que no se mezclen. Infundir después Fluorouracilo en unos 5 minutos. Una vez terminado todo se deja una infusión durante 48 horas de Fluorouracilo. • Protocolo FOLFIRINOX: infundir 1º Oxaliplatino en 2 horas, al terminar comenzar con Leucovorin durante 2 horas. A los 30 minutos de comenzar con Leucovorin, conectar Irinotecan concomitante en Y a pasar en 90 minutos. Por último infundir Fluorouracilo en 5 minutos. Una vez terminado todo se queda una infusión durante 48 horas de Fluorouracilo. • Si existe dolor venoso durante la perfusión, y en las primeras 24 horas, aplicar calor seco en la zona dolorosa. • Puede producir reacción anafiláctica, incluso después de la administración. Tener preparados antihistamínicos y corticoides.
<p>EFFECTOS 2ºS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neurotoxicidad importante: neuropatía sensorial periférica sobretodo en contacto con el frío. Disgeusia. Mareos. • Disestesia faringolaríngea aguda durante la perfusión y en las horas posteriores: sensación de disfagia, disnea, laringo o broncoespasmo sin evidencia objetiva de distrés respiratorio ni cianosis, ni sibilancias. • Náuseas y vómitos, diarrea, sobretodo en combinación con Fluorouracilo. Mucositis. Abdominalgia. Y estreñimiento. • Fatiga, fiebre. Dolor en el lugar de la inyección y en el recorrido venoso. • Mielosupresión: neutropenia, trombopenia principalmente. Anemia y linfopenia. • Tos, disnea, epistaxis. Hipo. • Disminución de la audición. • Conjuntivitis y visión borrosa. • Exfoliación de la piel. Exantema. Hiperhidrosis. Alteración de las uñas. • Disuria, hematuria. Frecuente la micción alterada. • Posible infertilidad irreversible.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Irritante. • Medidas generales. • La extravasación puede dar lugar a dolor e inflamación local. • NO APLICAR FRÍO.

OXALIPLATINO

Eloxatin®, Oxaliplatino Accord®, Hospira®, Kabi®, SUN®, Teva®, GP-Pharm®

Marta González Fernández-Conde

NOVIEMBRE 2015

INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de colon. • Cáncer colorectal.
CONSIDERACIONES ESPECIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicidad neuropática: es dosis limitante. Es una neuropatía sensorial periférica caracterizada por disestesias y parestesias de las extremidades acompañadas o no de calambres, y normalmente exacerbadas por el frío. Se dan en un 95% de los pacientes y su duración aumenta con el número de ciclos. Puede producir un deterioro funcional que dificulta la ejecución de algunos movimientos, y aunque la mayoría de las veces ha desaparecido a los 6 meses de finalizar el tratamiento, en algunos casos las parestesias persisten pasados hasta 3 años. Existen además manifestaciones agudas neurosensoriales que comienzan al terminar la infusión y hasta varias horas después que a menudo ocurren tras la exposición al frío. Entre ellas están: <ul style="list-style-type: none"> ○ Disestesia faringolaríngea aguda: se caracteriza por sensaciones subjetivas de sofoco, disfagia, disnea, sin ninguna evidencia objetiva de distrés respiratorio (ni cianosis, ni hipoxia), laringoespasmos o broncoespasmo (sin estridor o sibilancias). Aunque se han administrado antihistamínicos y broncodilatadores, dicha sintomatología remite incluso sin tratamiento. Se debe prolongar el tiempo de infusión para disminuir su incidencia. ○ Espasmos musculares: se pueden dar espasmos de la mandíbula, contracciones musculares involuntarias, tics, mioclonías, coordinación anómala, ataxia, trastorno del equilibrio, estrechez de garganta y opresión en el pecho. ○ Disfunción del nervio craneal: ptosis, diplopía, afonía-disfonía-ronquera, sensación anómala en la lengua o disartria, dolor facial y de ojos, disminución de la agudeza visual y trastornos en el campo visual. • Reacciones de hipersensibilidad: se producen principalmente durante la infusión. Las más frecuentes incluyen urticaria, exantema cutáneo, conjuntivitis y rinitis. Las reacciones anafilácticas incluyen broncoespasmo, angioedema, hipotensión, sensación de dolor en el pecho y shock anafiláctico. • Alteraciones visuales: la conjuntivitis es la más frecuente. Pero puede verse reducida la agudeza visual, alterarse el campo visual, incluso provocarse una pérdida de visión transitoria o producirse una neuritis óptica. • Fertilidad: Oxaliplatino es genotóxico. Se deben tomar medidas anticonceptivas durante y hasta 6 meses después de finalizar el tratamiento. A los varones se les debe aconsejar sobre la crioconservación de esperma previa a la terapia.
BIBLIOGRAFÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Eloxatin concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Sanofi- Aventis. Fecha de revisión del texto: marzo 2015. • Oxaliplatino Accord concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Accord Healthcare. Fecha de revisión del texto: abril 2012. • Oxaliplatino Hospira concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Hospira. Fecha de revisión del texto: marzo 2015. • Oxaliplatino Kabi concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Fresenius Kabi Oncology. Fecha de revisión del texto: noviembre 2013. • Oxaliplatino SUN concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Sun Pharmaceutical Industries. Fecha de revisión del texto: junio 2011. • Oxaliplatino Teva concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Teva Genéricos. Fecha de revisión del texto: agosto 2014. • Oxaliplatino GP-Pharm polvo para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio GP- Pharm. Fecha de revisión del texto: agosto 2010. • Oxaliplatin. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/eviden-cexpert.DolntegratedSearch# • Oxaliplatin. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760 • XELOX Régimen. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760 • MFOLFOX Régimen. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760 • FOLFIRINOX Régimen. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760 • Oxaliplatino. Disponible en: http://www.pdamecum.com/info/O/oxaliplatino/oxaliplatino-dosis.php



<h2 style="margin: 0;">PACLITAXEL</h2> <p style="margin: 0;">Paclitaxel Teva®, Kabi®, Accord®, Sandoz®, GP-Pharm®, Aurovitas®, Hospira®</p>	
<p>PREPARACIÓN Envase 600 mg-100 ml Envase 300 mg-50 ml Envase 150 mg-25 ml Envase 100 mg-16,7 ml Envase 30 mg-5 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del vial: 6 mg/ml. • Dilución: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosis < de 150 mg: en 250 ml de SF o SG 5%. ○ Dosis 150 - 300 mg: en 250 ó 500 ml de SF o SG 5%. ○ Dosis > 300 mg: en 500 ó 1000 ml de SF o SG 5%. • Envases sin PVC, utilizar envases de polietileno, vidrio o bolsas plásticas de polipropileno o poliolefina y administrarse con un equipo de polietileno. • Debe administrarse a través de un filtro con membrana microporosa ≤ 0.22 µm. • No utilizar los dispositivos “Chemo-Dispensing Pin” o similares ya que pueden provocar el colapso del tapón del vial. • Concentración final de la dilución: 0,3 - 1,2 mg/ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad físico química del vial abierto: 28 días a TA. • Estabilidad físico química de la dilución: 7 días diluido en SG 5% y 14 días diluido en SF a TA para Paclitaxel Accord® y Aurovitas®. Paclitaxel Hospira® y GP- Pharm® son estables 72 horas a TA. Paclitaxel Kabi® y Accord® tienen una estabilidad de 24 horas a TA. Paclitaxel Teva® es estable 27 horas a TA y 14 días en nevera. Evitar la agitación o vibración excesivas.
<p>ADMINISTRACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: dosis semanales (80 mg/m²) en 1 hora. Dosis cada 3 semanas, infundir en 3 horas. • Premedicación: premedicar 30 - 60 minutos antes con antihistamínico, dexametasona, ranitidina y antiemético. • Control de tensión arterial y frecuencia cardíaca, durante la perfusión. • En combinación con Cisplatino y Carboplatino: administrar 1º Paclitaxel y luego Cisplatino o Carboplatino. • En combinación con Trastuzumab: infundir 1º Trastuzumab y luego Paclitaxel. • En combinación con Gemcitabina: administrar 1º Paclitaxel y luego Gemcitabina. • En combinación con las antraciclinas: administrar 1º Epirubicina y luego Paclitaxel. Debe haber un intervalo de espera entre ambos. En el caso de Doxorubina, Paclitaxel debe infundirse 24 horas después de la Doxorubicina. • Control de posibles reacciones anafilácticas, sobretodo en la 1ª y 2ª dosis. Tener preparados antihistamínicos y corticoides. • Todas las presentaciones tiene un alto contenido en etanol.
<p>EFFECTOS 2^{OS}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones de hipersensibilidad relacionadas con la perfusión: rubor facial, eritema, prurito, broncoespasmo, hipotensión, disnea. • Mielosupresión: anemia, neutropenia y trombopenia. • Cardiotoxicidad: bradicardia, taquicardia, palpitaciones, cambios en el ECG. Hipotensión. • Neuropatía periférica. Parestesias y somnolencia. Depresión, nerviosismo, insomnio, pensamientos anormales, hipocinesia, marcha anormal. Alteración del gusto. • Artralgias y mialgias. • Alopecia. Alteraciones en las uñas. Sequedad de la piel, acné. • Alteraciones visuales: sequedad de ojos, defectos del campo visual. • Ototoxicidad: pérdida de audición, acúfenos, vértigo. • Mucositis. Náuseas y vómitos. Abdominalgia. • Astenia edema periférico y facial. • Disuria. Posible infertilidad. Teratógeno.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vesicante o irritante. • Medidas generales. • Hialuronidasa o Mucopolisacaridasa: diluir 150 UI en 3 ml de ClNa al 0.9%, y aplicar 0.4 ml alrededor de la zona, cambiando cada vez la aguja.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma de ovario. • Carcinoma de mama. • Carcinoma de pulmón no microcítico avanzado. • Sarcoma de Kaposi vinculado al SIDA.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones de hipersensibilidad: los productos con Paclitaxel contienen ricinoleato de macrogolglirerol que es el causante de gran parte de las reacciones alérgicas. Deben ser premeditados con corticoides, antihistamínicos y antagonistas H². Las reacciones más frecuentes son las leves, caracterizadas por rubor y exantema. Las más significativas se dan con menos frecuencia y se caracterizan por hipotensión, edema angioneurótico, distrés respiratorio, urticaria generalizada, escalofríos, dolor de espalda, dolor en el pecho, taquicardia, abdominalgia, dolor en las extremidades, diaforesis e hipertensión.



PACLITAXEL

Paclitaxel Teva®, Kabi®, Accord®, Sandoz®, GP-Pharm®, Aurovitas®, Hospira®

Marta González Fernández-Conde

NOVIEMBRE 2015

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- **Neuropatía periférica:** es más frecuente en las dosis de 3 horas (85%) que en perfusión de 24 horas (25%). En combinación con Cisplatino tiene una incidencia mayor de neurotoxicidad grave que con Paclitaxel en monoterapia y que con Doxorubicina más Cisplatino. Algunas publicaciones exponen el beneficio de la ingesta de ácidos grasos omega 3. Otros ofrecen resultados de disminución de neuropatía a los enfermos a los que se les administró glutamina, pero en ambos casos requieren aún más estudios que afiancen estas teorías.
- **Toxicidad cardíaca:** puede ocasionar cambios leves en el electrocardiograma. Frecuentemente aparece hipotensión y bradicardia, aunque también se dan palpitaciones, taquicardia y síncope. Es recomendable monitorizar las constantes vitales, especialmente durante la primera hora de perfusión. En combinación con Doxorubicina y Trastuzumab el riesgo de cardiotoxicidad aumenta. En los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico se observaron eventos cardiovasculares graves con mayor frecuencia que en las que tienen cáncer de mama.
- **Excipientes:** Paclitaxel Teva® contiene 396 mg/ml de etanol y 527 mg/ml ricinoleato de macrogolglirerol. Paclitaxel Kabi® contiene 393 mg/ml de etanol y 530 mg/ml de ricinoleato de macrogolglirerol. Paclitaxel Accord® 391 mg/ml de etanol y 527 mg/ml de ricinoleato. Paclitaxel Sandoz® contiene 403 mg/ml de etanol. GP Pharm® tiene 527 mg/ml de ricinoleato y 395 mg/ml de etanol. Aurovitas® contiene 385 mg/ml de etanol y 527 mg/ml de ricinoleato. Paclitaxel Hospira® contiene un 49,7% de un volumen de etanol, que se corresponde con una cantidad de hasta 21 g por dosis media, lo que equivale a 740 ml de cerveza con un contenido de alcohol del 3,5%, ó 190 ml de vino con un contenido de alcohol del 14% por dosis.
- **Toxicidad cutánea:** produce alopecia, cambios en la pigmentación de las uñas y decoloración del lecho ungueal. También puede causar prurito, erupción y eritema. **Reacciones en el lugar de la inyección:** durante la administración intravenosa puede aparecer en el lugar de la inyección edema, dolor, eritema, induración, y decoloración de la piel. Estos síntomas pueden aparecer incluso una semana después de la infusión. **La extravasación** puede producir celulitis, fibrosis de la piel, descamación, incluso necrosis cutánea. Rara vez se ha comunicado recurrencia de las reacciones cutáneas producidas por la extravasación en un lugar diferente, es decir, "efecto recuerdo". Por el momento se desconoce tratamiento específico para las reacciones a la extravasación.
- **Mialgias y artralgias:** se producen en un 60% de los pacientes y siendo graves en un 13%. Algunas publicaciones aconsejan la administración de glutamina para la prevención de las mialgias pero faltan estudios que verifiquen estos hallazgos.
- Paclitaxel ha demostrado ser teratógeno, embriotóxico y mutagénico. Las parejas deben utilizar métodos anti-conceptivos durante al menos 6 meses después del tratamiento. Los varones deberán ser aconsejados sobre la crioconservación de esperma debido a la posibilidad de infertilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Paclitaxel Teva concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Teva Pharma. Fecha de revisión del texto: febrero 2012.
- Paclitaxel Kabi concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Fresenius Kabi España. Fecha de revisión del texto: 2009.
- Paclitaxel Accord concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Accord Healthcare. Fecha de revisión del texto: junio 2014.
- Paclitaxel GP-Pharm concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio GP-Pharm. Fecha de revisión del texto: junio 2015.
- Paclitaxel Sandoz concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Sandoz Farmacéutica. Fecha de revisión del texto: septiembre 2005.
- Paclitaxel Aurovitas concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Aurovitas Spain. Fecha de revisión del texto: agosto 2015.
- Paclitaxel Hospira concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Hospira. Fecha de revisión del texto: junio 2014.
- Paclitaxel. Disponible en: <http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/evidencexpert.DolntegratedSearch#>
- Paclitaxel. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760>
- Vahdat L., Papadopoulos K., Lange D., et al. Reduction of paclitaxel induced peripheral neuropathy with glutamine. Clin Cancer Res 2001; 7:1192 -1197.
- Ghoreishi Z., Esfahani A., Djazayeri A., et al. Omega3 fatty acids are protective against paclitaxel induced peripheral neuropathy: a randomized doubleblind placebo controlled trial. BMC Cancer 2012; 12:355. Page 2 of 8.
- Savarese D., Boucher J., & Corey B. Glutamine treatment of paclitaxel induced myalgias and arthralgias (letter). J Clin Oncol 1998; 16:3918-3919.



Infusión 
SOLUCIÓN GLOBAL

Seguridad y Confianza

DOSI-FUSER[®]

Infusor Elastomérico Portátil



 **Izasa Hospital**
A WerfenLife Company

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

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



Ana Mateo

I Jornada de Enfermería y Cáncer de Mama

1ª Jornada de enfermería
Avances diagnósticos y terapéuticos en cáncer de mama

Barcelona
20 noviembre, 2015

Fecha: **20 de noviembre**
Lugar: **Barcelona**

II Congreso Iberoamericano de Telesalud y Telemedicina, XIII Reunión Foro de Telemedicina de la Seis y XII Reunión del Fórum Ibérico de Telemedicina

Fecha: **23 al 25 de noviembre**
Lugar: **Sevilla**

III Jornada Nacional Enfermera de Trasplante

Fecha: **25 y 26 de noviembre**
Lugar: **Madrid**

IX Jornadas de Enfermería del País Vasco: "Cuidando e Integrando"

Fecha: **25 y 26 de noviembre**
Lugar: **Irún, Guipúzcoa**

VI Congreso Internacional de Bioética: "Filosofía y Salud Mental"

Fecha: **26 y 27 de noviembre**
Lugar: **Barcelona**

Premio Fundación Grunenthal a la Investigación en Dolor 2015

Plazo de presentación:
1 de diciembre

XXII Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva

Plazo de presentación:
28 de enero de 2016

V Congreso SEHER

Fecha: **4 al 6 de febrero de 2016**
Lugar: **Madrid**

XXXVI Certamen de Enfermería San Juan de Dios

Plazo de presentación:
19 de febrero de 2016

Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

Fecha: **8 al 15 de marzo de 2016**
Lugar: <http://congresos.funciden.org>

10th European Breast Cancer Conference (EBCC-10)

Fecha: **9 al 11 de marzo de 2016**
Lugar: **Amsterdam, Países Bajos**

1er Congreso de Investigación en Enfermería Médico-Quirúrgica

Fecha: **14 y 15 de abril de 2016**
Lugar: **Valencia**

CDDF-ITCC-SIOPE 4th Paediatric Oncology Conference

Fecha: **20 y 21 de enero de 2016**
Lugar: **Bruselas, Bélgica**



Estudio cualitativo: experiencia de los pacientes, en relación al

A la vanguardia

TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

en el Instituto Nacional del Cáncer



Jessica Aros Barrientos

RESUMEN

La radioterapia es un tratamiento oncológico que utiliza radiaciones ionizantes con fines terapéuticos. Es un tratamiento desconocido que frecuentemente genera ansiedad y temor en los pacientes que la recibirán.

Objetivo: comprender la experiencia de los pacientes en radioterapia.

Material y métodos: estudio cualitativo, se realizaron 12 entrevistas semi-estruc-

turadas con enfoque fenomenológico hermenéutico en el servicio de radioterapia del Instituto Nacional del Cáncer.

Resultados: mostraron diferentes grados de ansiedad, desinformación y mitos relacionados con este tratamiento pero al mismo tiempo existe resignación por parte de los pacientes principalmente sobre los efectos secundarios, justificándolos de manera normal, con el único objetivo de curar la enfermedad.

Conclusiones: el acompañamiento transversal por parte del equipo de salud y la entrega de información adecuada es crucial para el proceso. Se concluye que existe evidencia al respecto para dar explicación al fenómeno de la experiencia de los pacientes en radioterapia.

Palabras clave: radioterapia, enfermería, cáncer, investigación cualitativa, experiencia.

ABSTRACT

Radiation therapy is an oncologic treatment that uses ionizing radiation for therapeutic purposes. For most patients it is an unknown treatment that usually generates anxiety and fear.

Objective: to understand the experience of patients in radiotherapy.

Material and methods: qualitative study, 12 interviews were done, semi-structured

with hermeneutic phenomenological approach, in the radiotherapy service of the National Cancer Institute.

Results: showed varying degrees of anxiety, misinformation and myths associated with this treatment. But at the same time, there is resignation in the patients, mainly about side effects, justifying normally, with the intention of curing the disease.

Conclusions: the support by the health team and provide the necessary information is crucial to the process.

We conclude that there is evidence to give explanation about the phenomenon of the experience of patients in radiotherapy.

Palabras clave: radiotherapy, nursing, qualitative research, cancer experience.

INTRODUCCIÓN

Se estima que en Chile, de todos los casos nuevos de cáncer al año, al menos el 50% va a requerir radioterapia en algún momento durante su evolución¹. Las personas con cáncer se encuentran en una situación de vulnerabilidad cuando ingresan a un servicio de radioterapia², ya que por un lado deben ajustarse a una nueva identidad de "paciente oncológico", enfrentándose a nuevos temores, que incluyen la preocupación por el tratamiento y sus efectos secundarios³. Se ha reportado en la literatura que la experiencia de los pacientes que reciben radioterapia provoca estrés a nivel individual, familiar y social, ya que perciben la radioterapia como un agresor que se hace cargo de sus horarios, deforma el cuerpo, daña sus vidas, el bienestar físico⁴, se sienten débiles, poco atractivos, e incapaces de defenderse contra ella⁵.

Los estudios relacionados con la radioterapia en general, se basan en la ciencia básica y no en los aspectos antropológicos del individuo⁶. A nivel internacional, existen estudios cualitativos sobre la experiencia, percepciones y vivencias de los pacientes en radioterapia, pero se han centrado exclusivamente en los efectos secundarios, en las necesidades psicosociales o en determinados diagnósticos de cáncer en vez de un enfoque integral.

A nivel nacional no existen investigaciones cualitativas respecto al tema. El objetivo de este estudio es comprender

la experiencia de los pacientes del Instituto Nacional del Cáncer (INC) en relación a su radioterapia, con el propósito de orientar las intervenciones del equipo de salud para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo, tipo fenomenológico.

• Muestra

Se realizó en el servicio de Radioterapia del INC, en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de cáncer que llevarán diez o más sesiones de radioterapia. Los criterios de exclusión fueron alteraciones en la capacidad del habla o lenguaje, demencia senil, estados neurológicos que alteraran la capacidad de cognición, memoria y concentración y alteraciones psiquiátricas establecidas con anterioridad en ficha clínica.

El número de participantes se determinó aplicando el criterio clásico de saturación de las respuestas. Se realizaron un total de 12 entrevistas semiestructuradas.

• Técnicas de recolección de la información y análisis de los datos

Al inicio, las autoras realizaron una descripción personal del fenómeno de interés (*bracketing*) para traer a la conciencia lo que la situación en estudio era para cada una de ellas, y así distinguirla de los participantes. La generación de la información se realizó a través de entrevistas individuales. La pregunta que guió la entrevista

fue: **¿Podría describir cuál ha sido su experiencia con la radioterapia?**

Se indagó además la experiencia con el diagnóstico, los pensamientos, sentimientos y vivencias con la radioterapia tanto en el ámbito individual, familiar y social.

Cada entrevista fue grabada y transcrita literalmente, luego se realizó un análisis comprensivo de cada una de ellas y se develó las unidades de significado y estructuró el fenómeno. Las autoras realizaron cada análisis por separado, y posteriormente se trianguló la información. El fenómeno fue validado por tres de los sujetos participantes. Finalmente se realizó una segunda revisión de la literatura para situar el fenómeno develado. Sólo los investigadores de este estudio reclutaron a los usuarios y llevaron a cabo las entrevistas.

El análisis de los datos se basó en una interpretación fenomenológica, descrito por Lindseth y Nordberg, e inspirado en La filosofía de Ricoeur. Se aplicaron los cuatro criterios propuestos por Lincoln y Guba para alcanzar el rigor en la investigación: credibilidad, fidedignidad, confirmabilidad y la transferibilidad.

• Principios éticos

Esta investigación fue aprobada por el comité de investigación del INC. Todos los participantes firmaron el consentimiento previamente donde se explicitaba que se realizarían entrevistas grabadas.

RESULTADOS

• Demografía

La muestra fue heterogénea en cuanto a las características demográficas y médicas. Los participantes tenían edades entre 30 - 79 años (media de 57 años). Más de la mitad de la muestra estaba casado en ese momento (N = 9), mientras que dos informaron estar solteros y uno mencionó haber enviudado. Respecto al diagnóstico tres participantes tenían un cáncer cervicouterino, cinco con diagnóstico de cáncer de mama, un paciente con sarcoma de ewing, otro con cáncer de endometrio y finalmente cáncer anal. Siete participantes habían sido operados antes de la radioterapia. Seis de los participantes habían recibido quimioterapia previamente, y tres de ellos en forma complementaria. Todos los participantes recibieron radioterapia de haz externo. Todos los participantes llevaban entre 11 sesiones y 25 sesiones.

• Hallazgos

Los nombres de los participantes fueron cambiados, para proteger su privacidad. Los datos fueron clasificados en diferentes categorías, según las unidades de significado que se detallan a continuación:

1. Afrontar el diagnóstico de cáncer

El diagnóstico de cáncer genera impacto en la vida de los pacientes, provocando incertidumbre, ansiedad, culpabilidad, sufrimiento, miedo y la formulación de preguntas existenciales sobre la vida, la muerte y el futuro individual, familiar y/o social. De este modo María refirió *"Se me vino el mundo encima, nunca pensé que me iba a pasar algo así... Pensé que moriría"*. *"Me dio una profunda pena, pensé en la muerte, en mis hijas que quedarían solas, recordé a mi padre cuando lo vi morir en dos meses por culpa del cáncer, yo no quería tener cáncer"* (Ana). *"Mis tres hijos son lo único que me mantiene en pie"* (Claudia). Por otro lado, dos personas reaccionaron negando la enfermedad: *"Yo no estoy enfermo... No tengo nada, sigo*

trabajando igual, me siento bien, me dijeron que era cáncer, pero nunca he estado enfermo" (Hernán).

2. Información y radioterapia

Diez participantes hicieron referencia a la escasa información entregada sobre el tratamiento de radioterapia previo a la primera consulta con el oncólogo radioterapeuta (planificación) tanto en el hospital, servicio o médico derivador: *"No me imaginaba cómo era, nadie me explicó lo que era"* (Hernán). *"No tenía idea lo que era la radioterapia, sólo por una vecina que le hicieron años atrás me explicó que no dolía"* (Daniela).

Al no manejar la información adecuada antes de la planificación generaron elevados niveles de ansiedad, labilidad emocional, situaciones abstractas de la realidad basadas en comentarios populares indirectos y por sobre todo acrecentaron el miedo frente a la propia enfermedad, así se reflejó en la respuesta de (Sonia) *"Me dio terror, si es cáncer me voy a morir igual, ni siquiera sabía que existía esto de la radioterapia, nadie me dijo lo que era. En mi hospital me dijeron; tienes que ir al Instituto Nacional del Cáncer y hacerte radioterapia, y nada más pregunté que era y me dijeron allá te van a explicar"*. *"Me hubiera gustado que me explicaran en mi hospital lo que era y en qué consistía, no hubiera estado tan nerviosa hasta la planificación"* (Claudia). *"En mi hospital no me explicaron lo que era, me vine a ciegas, entregada a Dios no más"* (Juana). Por otro lado, todos los participantes refirieron que una vez llegado al servicio de radioterapia en la planificación la información fue la adecuada, aclararon sus dudas y tuvieron instancias posteriores en los controles médicos y con el equipo de enfermería de seguir recibiendo la información que necesitaban.

3. Encuentro con la radioterapia: ideas preformadas - primer día de tratamiento

Se les preguntó sobre cómo fue el primer encuentro con la radioterapia

y si había semejanzas con aquello que imaginaron. Las respuestas se orientaron a la mezcla de sentimientos que provocó este primer momento, tales como miedo, incertidumbre, tristeza, indiferencia, etc.; *"Recordé lo que me dijeron; que no podría tener hijos con la radiación, porque la radiación quemaba por dentro y el útero quedaba inservible"* (Carolina). *"Es menos invasiva que la quimioterapia, no duele, es más suave, menos mal que no es inyectable"* (María). Por otro lado, la radioterapia es sinónimo de "quemar" tanto en su acción como en los efectos que produce. Así encontramos en diversas índoles que este término es utilizado a menudo por los participantes: *"La radiación me está quemando todo por dentro, voy a quedar limpio"* (Hernán). *"Yo no sé lo que hace, sólo sé que quema"* (Isabel).

Ideas preformadas

Los participantes hablaron de los temores que tenían en relación a la radioterapia, en gran parte debido a la información inadecuada proveniente de conocidos o familiares con experiencias previas: *"Tenía miedo de quedar radioactiva y tener que estar aislada de mis hijos"* (Daniela).

Primer día de tratamiento

El primer día fue un día difícil para los participantes. Se encontraban en un alto nivel de ansiedad, temor e inseguridad: *"Me daba pánico la máquina, creí que me iba a caer"* (Ana).

4. Expectativas de la radioterapia

Se definió como el conjunto de sentimientos que experimentaron los participantes, respecto a la posibilidad de curación o mejoría del cáncer al ser tratados con radioterapia. La principal expectativa hacia el tratamiento fue lograr la curación del cáncer, es una fuente de esperanza, complementada y potenciada por la fe en Dios, así lo refleja (Ana): *"Dios me había dado otra oportunidad en la vida, sabía que Él me iba a levantar, la terapia es algo que*



ayuda a salir adelante tengo mucha esperanza en el tratamiento, no voy a morir, la palabra cáncer ya no es sinónimo de muerte para mí” y (Hernán) *“Estoy seguro que todo irá bien, la radioterapia me está limpiando”*.

5. Vivencias en relación a los efectos secundarios de la radioterapia

Entre los efectos secundarios descritos principalmente por todos los participantes es la toxicidad cutánea de la radiación: *“Tuve quemaduras horribles, parecía como que me hubiesen echado agua hirviendo.”* (Juan).

El cansancio y debilidad es otro efecto manifestado con frecuencia: *“Desde la tercera semana me empecé a sentir muy cansada, además el mal acceso de transporte al hospital cansa más, la radioterapia es muy agotadora”* (Sonia). *“Me he sentido mal, he vomitado mucho, con la quimioterapia es peor, respecto a lo que me explicaron de la radioterapia creo que las molestias son peores, son horribles. Me siento tan cansada me duele la espalda, realmente me siento muy mal.”* (Carolina).

6. Radioterapia: “aceptación-resignación”

En el momento que se les preguntó el significado del tratamiento en relación a los efectos secundarios todos los participantes aludieron

que el costo físico y emocional es un precio que debe aceptarse, una resignación “esperable”, se asume como “normal” tanto el procedimiento como los efectos, como fin último en la búsqueda de “sanación”. El miedo y la incertidumbre del cáncer, junto con la esperanza del tratamiento los llevó a definir un nuevo estilo de vida y una nueva “normalidad,” necesaria para superar su enfermedad lo que se expresa en las siguientes expresiones: *“Fue el costo que pagamos por eliminar la enfermedad, valió la pena el sacrificio”* (Juan). *“Me dio miedo los efectos de la radioterapia, a veces me da pánico, pero trato de manejarlo, quizás no me sucede nada, es el precio por estar sana”* (Lucía).

7. Experiencia del tratamiento con la familia y sociedad

La experiencia de la radioterapia altera la forma de relacionarse con las demás personas. Para todos la familia se ha vuelto vital en el proceso. La excepción fue una persona: *“Para mi familia soy un problema, como me siento mal no ayudo en nada y también sufren cuando me ven mal. Mi mamá me dice cómo no vas a poder hacer las cosas, por ejemplo si barro me canso, no me entiende. Tengo una prima que tiene un bebé y no quiere ir a la casa aun-*

que yo le expliqué que no quedaba irradiando, pero igual no va, no la puedo obligar si tiene desconfianza” (Carolina).

Respecto a la relación con la pareja, los participantes manifestaron sentimientos positivos al cambio manifestados en apoyo, comprensión, ayuda y redescubrimiento del amor. *“La radioterapia nos cambió, aprendí a decir te amo, antes me daba vergüenza, la radiación cambió mi vida”* (Juan). En contraste con esta situación una mujer manifestó alejamiento hacia su pareja: *“Con mi esposo se quebraron las relaciones por el contagio de virus del papiloma, llevamos más de veinte años juntos, ahora ya no es prioridad en mi vida. No tenemos sexo, los hombres siempre quieren y yo estoy cansada, tengo miedo que me duela pero porque sobre todo ya no confío en él”* (Claudia).

También se ahondó en cómo fue la experiencia con el equipo de salud. Todos los participantes manifestaron apoyo, excelente trato, preocupación y ayuda por parte del personal de salud: *“El equipo me ha tratado muy bien, estoy muy agradecida de ustedes, me recibían tan bien que me daban ganas de venir y se me olvidaba lo cansada que estaba, me consolaban con una sonrisa cuando llegaba con dolor”* (Daniela).

8. Significado de la enfermedad y la radioterapia

Todos vuelcan el sufrimiento en situaciones positivas: *“Ahora soy más tolerante, más libre, no me preocupo por tonteras, disfruto más a mis hijos y nietos”* (Francisca).

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Las reacciones emocionales son de gran impacto frente al diagnóstico de cáncer, producen en su mayoría sentimientos de desolación, miedo e incertidumbre sumados en ciertas ocasiones a la negación de la enfermedad como un mecanismo defensivo². Esta carga los lleva a utilizar recursos religiosos y espirituales con el fin de afrontar las primeras etapas del cáncer⁷ y sobrellevar el tratamiento, lo que juega un papel importante en el proceso de ajuste de la nueva realidad. La red de apoyo, el nivel de información, esperanza y positivismo son cruciales en el proceso de radioterapia⁸.

Los pacientes tienen dificultad para entender el concepto de radioterapia, ya que es desconocida y no inmediatamente “visible”, se sienten ansiosos y con ideas preconcebidas lejanas a la realidad^{9,10}. Sin embargo, vemos que los participantes encuentran que sus temo-

res acerca de la radioterapia eran peores en comparación a la experiencia real del tratamiento y los efectos secundarios que experimentaron. La perciben como “necesaria”, resignándose con el fin de alcanzar la sanación. De este modo los efectos secundarios son justificados si la meta es la cura³. La radioterapia se vuelve un instrumento de curación.

Un aspecto relevante a considerar es el nivel de información que debe ser manejado por el equipo de salud de manera transversal considerando todas las instancias de educación tanto por enfermería como por el médico derivador y el radioterapeuta, ya que es la oportunidad de direccionar la ansiedad, los significados en torno al tratamiento, proporcionar tranquilidad y derrumbar los mitos existentes. La relación con el equipo de salud juega un papel importante en la reducción de los trastornos psicológicos relacionados con la radiación¹¹.

Cabe señalar que al igual que cualquier estudio el nuestro tiene limitaciones; la muestra no consideró pacientes con diagnóstico de cabeza y cuello, en los cuales se prevé en la literatura son quienes reportan mayor número de efectos secundarios indeseables, éstos pueden hacer cambiar

drásticamente los resultados. Otro punto a considerar es que la muestra sólo consideró el sistema público de salud, sería interesante extrapolar los resultados al sistema privado. Otra limitación encontrada, pero que al mismo tiempo abre una amplia gama de posibilidades, es que al explorar la experiencia, se sacrifican subtemas particulares que deberían haberse ahondado en profundidad.

Finalmente, este trabajo fue pensado para obtener una visión general de la experiencia de los pacientes en radioterapia, considerando también el momento inicial del diagnóstico, queriendo entregar una realidad a nivel nacional con la finalidad de identificar las diferencias y semejanzas individuales en relación a las unidades de significado identificadas. Es nuestra esperanza que estos resultados ayuden a mejorar el abordaje del tratamiento de radioterapia desde el individuo en sí mismo, que necesita el apoyo tanto desde su perspectiva como de la nuestra, contribuyendo a establecer una mejor empatía en las interacciones con nuestros pacientes y sugerir intervenciones eficaces desde la educación hasta las propias expectativas del paciente como ser integrado, holístico y por sobre todo humano como nosotros. ☺

REFERENCIAS

1. Grupo de Trabajo MINSAL. Norma General Técnica N° 51 sobre normas de radioterapia para la acreditación de los Servicios de Salud. 2011 Ago 5: 1-59.
2. Halkett G., Kristjanson L. Validity and reliability testing of two instruments to measure breast cancer patients concerns and information needs relating to radiation therapy. *Radiat Oncol.* 2007; 2(43): 1-10.
3. Muniz R., Zago M. La experiencia de los pacientes sometidos a radioterapia oncológica: una medicina-veneno. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16(6): 998-1004. Disponible en: www.scielo.cl
4. Halkett G., Kristjanson L., Lobb E. If we get too close to your bones they'll go brittle: women's initial fears about radiotherapy for early breast cancer. *Psycho-Oncol* 2008; 17:877-884.
5. Julie B., Suzanne C., Dana H., Guy H. 'Breast Cancer Patients' Experience of External- Beam Radiotherapy. *Qual Res. Salud* 2009; 19(15): 668-676.
6. Martin K. L., Hodgson D. The role of counselling and communication skills: how can they enhance a patients' first day experience? *J. of Radiotherapy in Practice* 2006; 5(03): 157.
7. Thune-Boyle I. C., Stygall J., Keshtgar M. R., Davidson T. I., Newman S. P. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psych- oncology.* 2013; 22(3):646-58.
8. Julie B., Suzanne C., Terry A., Sheryl G. Guy H. A Qualitative Analysis of Acute Skin Toxicity among Breast Cancer Radiotherapy Patients. *Psycho-Oncol* 2011; 20(3): 260-268.
9. Egestad H. How does the radiation therapist affect the cancer patients experience of the radiation treatment? *Eur J. Cancer Care* 2013; 22(5): 580-588.
10. Rahn A., Mose S., Zander-Heinz A., Budischewski K., Bormeth S. B., Adamietz I. A., et al. Influence of radiotherapy on psychological health in breast cancer patients after breast conserving surgery *Research of Cancer* 1998; 18(3C): 2271-2273.
11. Egestad H. How does the radiation therapist affect the cancer patients experience of the radiation treatment? *Eur J Cancer Care* 2013; 22(5): 580-588.



¿Sabías que...?

Ana María Palacios



LA QUIMIOTERAPIA NO MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER EN FASE TERMINAL, SEGÚN UN ESTUDIO ESTADOUNIDENSE

www.diarioenfermero.es

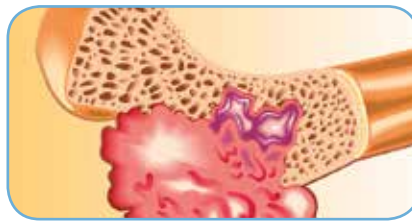
Científicos del Hospital Presbyterian de Nueva York (Estados Unidos) han descubierto que el uso de la quimioterapia en pacientes con cáncer en fase terminal no mejora la calidad de sus últimos días de vida e incluso puede empeorarla en aquellos pacientes que están mejor, según los resultados de un estudio publicado en JAMA Oncology.

Los médicos llevan tiempo preocupados sobre los beneficios que puede tener este tratamiento para los pacientes con cáncer que están cerca de su muerte. De hecho, un grupo de expertos de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, en sus siglas en inglés) calificó recientemente su uso como “*derrochador e innecesario*” en aquellos casos en los que no está probado que pueda aportar algún beneficio clínico.

En este caso, el estudio dirigido por Holly G. Prigerson pretendía analizar cómo afectaba la quimioterapia a la calidad de vida de los pacientes en función de su capacidad funcional y de las actividades que podía realizar. Para ello, hicieron un seguimiento a 312 pacientes con cáncer metastásico progresivo, la mayoría hombres y con una edad media de 58,6 pacientes, de los que la mitad habían recibido quimioterapia. En todos los

casos se evaluó su capacidad funcional y su calidad de vida al inicio del estudio. Así, los resultados mostraron que la quimioterapia no se asoció con una mejor calidad de vida cuando se acercaba su muerte en aquellos pacientes que tenían una menor movilidad e incluso la empeoraba en aquellos que tenían una mayor capacidad funcional.

“*No sólo no beneficia a los pacientes, sino que incluso parece más perjudicial para los pacientes que tienen un mejor estado*”, han señalado los autores. ■



IDENTIFICADO EL GEN RESPONSABLE DE LAS METÁSTASIS DE CÁNCER DE MAMA A HUESOS

www.agenciasinc.es

Los médicos no disponen de ninguna herramienta para detectar precozmente los pacientes de cáncer de mama que padecerán metástasis a los huesos, un proceso que se producirá en el 15-20% de los enfermos. Un estudio liderado por Roger Gomis, investigador ICREA en el Instituto de Investigación Biomédica (IRB Barcelona), descubre el gen que permite a las células tumorales de mama anidar en los huesos y crear nuevos tumores, es decir, hacer metástasis.

El nuevo conocimiento, publicado en el Journal of National Cancer Institute, está patentado y transferido a la empresa Inbiomotion del IRB Barcelona e ICREA, creada a finales de 2010.

Las metástasis óseas son el único tipo de metástasis que disponen de fármacos que, aunque no las curan, las

controlan. Ahora bien, la terapia sólo se administra cuando la metástasis se manifiesta y suele ser demasiado tarde. Estudios preliminares parecen indicar que los mismos fármacos para tratarlas serían igualmente válidos para evitarlas, por eso identificar los pacientes en riesgo de desarrollar metástasis es tan importante. “*Es aquí donde este descubrimiento puede ser de gran utilidad para la clínica*”, avanza Gomis.

Aproximadamente se diagnostican un millón de nuevos casos de cáncer de mama al año. El tratamiento preventivo contra las metástasis a hueso puede tener efectos secundarios indeseables y un coste elevado, por lo tanto, no se puede administrar masivamente, aún más cuando ya se sabe que sólo un 15-20% desarrolla metástasis con el tiempo.

“*Para hacer un ensayo clínico bien diseñado primero hay que saber qué pacientes se pueden beneficiar y qué pacientes no. Y nosotros, con estos descubrimientos, ofrecemos una herramienta discriminatoria que no existía*”, señala Gomis.

Los experimentos en el Laboratorio de Metástasis y Control de Crecimiento del IRB Barcelona se han centrado en el análisis de tumores de mama estrógeno receptor positivo, ya que es el tipo de tumor que más específicamente hace metástasis a hueso, además de representar el 80% de los casos de tumores de mama. Los resultados revelan que el gen MAF es el ‘director’ que enciende todo un programa de funciones celulares que permiten que se produzca la metástasis.

Para el estudio, los investigadores analizaron más de 900 muestras clínicas de tumores de mama primarios en fase inicial. Para los tumores que tienen el gen MAF alterado, el riesgo de metástasis a

hueso es 14 veces superior a los que no lo tienen alterado. “Este gen predice perfectamente la metástasis a hueso. Evaluar la expresión de este gen en ensayos clínicos con enfermos de cáncer de mama para ver si realmente funciona es necesario porque puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y la manera de gestionar el cáncer. Y ésto es lo que estamos haciendo”, explica el investigador. ■



LOS CUATRO TIPOS DE CÁNCER COLORRECTAL

www.elmundo.es

El cáncer colorrectal es, además de una enfermedad muy grave, una dolencia muy heterogénea: hay varios tipos de cánceres colorrectales y cada uno tiene un pronóstico distinto. A pesar de identificar posibles mutaciones -fundamentalmente la del gen K-RAS- en el tumor a través de una biopsia de tejido (o más recientemente, mediante una biopsia líquida), un mismo tratamiento no tiene por qué servir para dos pacientes que, en principio, tienen la misma enfermedad. Ahora, un consorcio internacional de científicos acaba de constatar justo ésto: que la biología de los tumores de cáncer de colon presenta diferencias radicales entre unos y otros, lo que da lugar a cuatro subtipos diferentes. Así lo publica la revista *Nature Medicine*, que recoge este trabajo colaborativo internacional mediante el que se han analizado 4.000 muestras de pacientes hasta dar con una nueva y pionera clasificación para este tipo de cáncer. Porque, tal y como explica Rodrigo Dieenstmann, investigador principal del Grupo de Oncology Data Science (ODysSeY) del Vall d'Hebron Instituto

de Oncología (VHIO), antes de ésta, ya existían otras clasificaciones sobre los distintos tipos de cáncer colorrectal. Sin embargo, apunta Dieenstmann, “al final, tanto por el número de muestras como por la interpretación biológica y clínica de los datos, los subtipos no eran consistentes y faltaba consenso”.

El resultado de esta investigación ha sido una propuesta de cuatro subtipos de cáncer colorrectal que han sido aceptados por todos los científicos. “No es una clasificación más, sino la que agrega los resultados de todas las anteriores ya publicadas”, explica Dieenstmann, que pone en valor el “consenso” que han generado estos subtipos. A través del Big Data (análisis de datos a gran escala) y mediante un algoritmo matemático, los investigadores pudieron eliminar todo el ruido genómico y observaron que había “una señal muy clara de cuatro subgrupos con características biológicas muy distintas”, apunta Dieenstmann. El primer grupo sería el CMS1, correspondiente al 15% de los tumores colorrectales. “Este grupo es el que más se beneficiaría de la inmunoterapia”, explica Dieenstmann. Después estaría el CMS2, el que tiene mayor inestabilidad cromosómica y el más común de todos, ya que aparece en el 40% de los casos. El subtipo CMS3 se da en el 15% de los tumores y es donde se concentran la mayoría de mutaciones del gen K-RAS, y por último, el grupo CMS4, correspondiente al 30%, es el que presenta peor pronóstico.

Una vez descrita esta clasificación, la pregunta sería: ¿qué utilidad tiene ésto para los pacientes con cáncer de colon? Hoy por hoy, explica Dieenstmann, “con esta clasificación, no tenemos un cambio en la práctica clínica”. Pero el objetivo es que ésto varíe, y justamente en eso están trabajando en el VHIO, donde ya se han puesto en marcha varios ensayos clínicos para saber, en función de qué subgrupo tiene cada paciente, cuál es el tratamiento que mejor les viene. En suma, explica este oncólogo, “el objetivo es confirmar que esta clasificación va a cambiar la práctica clínica”. ■



MUCHOS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER COMEN MAL

Medline plus

Cabría esperar que los supervivientes al cáncer fueran personas que comen de forma fanáticamente sana, pero un nuevo estudio sugiere que comen un poco peor que las personas que nunca han tenido un cáncer.

Los resultados de la encuesta de más de 1.500 adultos supervivientes al cáncer mostraron que eran menos propensos que las otras personas a seguir las directrices dietéticas nacionales. Los hallazgos aumentan las preguntas sobre si los oncólogos deberían hacer más para educar a los pacientes con cáncer sobre los beneficios para la salud que implica el hecho de mejorar sus dietas.

“En el pasado, cuando se diagnosticaba un cáncer a una persona, de algún modo dábamos el mensaje de que debería ir a casa, comer lo que quisiera y tumbarse en el sofá”, dijo la coautora del estudio, Wendy Demark-Wahnefried, nutricionista y directora asociada del Centro Oncológico Integral de la Universidad de Alabama en Birmingham. “Pero la mayoría de las personas con cáncer van a sobrevivir a su enfermedad durante al menos 5 años”, añadió. “El mensaje ha cambiado: lo más probable es que usted vaya a sobrevivir”.

Y con la supervivencia, viene un riesgo mayor de volver a contraer cáncer o algunas otras enfermedades. Pero una mejor nutrición podría mejorar potencialmente sus probabilidades. Una dieta malsana se ha asociado con tasas más altas de cáncer. El estudio contó con un poco más de 1.500 supervivientes al cáncer en EE.UU. a los que se realizó una encuesta entre 1999 y 2010, y con casi 3.100 personas a las que nunca les habían diagnosticado ningún cán-

cer. Los participantes recordaron lo que habían comido en las últimas 24 horas. Los supervivientes al cáncer obtuvieron una puntuación de solamente 47 de 100 en la adherencia a las Directrices Dietéticas para los estadounidenses. El consumo de verduras y granos integrales era especialmente pobre, dijeron los investigadores. Los adultos que nunca habían tenido cáncer obtuvieron una mejor puntuación: aproximadamente de 48 en general. En comparación con los que nunca habían sufrido un cáncer, los supervivientes consumían un poco más de grasa, de azúcar añadido y de alcohol. También comían un poco menos de fibra, según los hallazgos.

En general, los supervivientes al cáncer tampoco consiguieron consumir las cantidades diarias recomendadas de vitamina D, vitamina E, potasio y calcio. Y fueron más allá de los niveles recomendados de grasa saturada y de sal, según el informe publicado en línea el 13 de octubre en la revista *Cáncer*.

Las encuestas no examinaron cuándo se diagnosticó el cáncer a los participantes, de modo que no se sabe en qué medida el momento de contraer su enfermedad podría haber afectado a sus hábitos alimenticios, indicaron los autores del estudio.

Hay pocas investigaciones que digan a los supervivientes al cáncer qué es lo que deberían comer, comentó Freedland. *"Tenemos algunas directrices, pero la calidad de los datos no es extraordinaria. No puedo decirle a un paciente que si come tal cosa, su riesgo de que el cáncer vuelva será bajo"*.

Freedland comentó que algunos de sus pacientes empiezan a seguir mejores dietas. *"Pero la gran mayoría dicen 'no'; cuando el cáncer se ha curado, lo dejan atrás y vuelven a los patrones de dieta que tenían antes del cáncer"*.

Los autores del estudio urgen a los médicos a hacer más para educar a los supervivientes sobre sus dietas. *"Muchos profesionales no hablan sobre esto con los pacientes a menos que les pregunten. Cuando uno empieza a hablar sobre el tema con un paciente, suele tener una actitud receptiva"*. ■



MUCHOS PACIENTES JÓVENES DE CÁNCER NO CONOCEN LAS OPCIONES PARA PRESERVAR LA FERTILIDAD

Medline plus

El cáncer y los tratamientos contra el cáncer podrían dejar estériles a algunas personas, lo que hace que sea importante que los pacientes jóvenes y sus médicos hablen sobre esta cuestión y las maneras de abordarla, según el estudio publicado en la revista *Cáncer*.

Los investigadores dieron formularios a casi 500 adolescentes y adultos jóvenes a los que se diagnosticó un cáncer en 2007 ó 2008. A más del 70 por ciento les dijeron que el tratamiento contra el cáncer podría afectar a la fertilidad, halló el estudio.

Pero los hombres tenían más del doble de probabilidades que las mujeres de decir que habían hablado de sus opciones con el médico. Casi un tercio de los hombres dijeron que tomaron medidas para preservar su fertilidad. La tasa es entre 4 y 5 veces más alta que la de las mujeres, dijeron los investigadores.

Otros factores que afectaron a la probabilidad de que los pacientes y los médicos hablaran sobre los riesgos de fertilidad o tomaran medidas para preservar la fertilidad fueron el nivel educativo, el estatus del seguro y si los pacientes ya tenían hijos.

Los que tenían menos probabilidades de hablar sobre la preservación de la fertilidad con el médico fueron los que no tenían seguro, los que tenían hijos y los hombres que habían recibido un tratamiento que suponía poco o ningún riesgo para la fertilidad.

Entre los hombres, los que tenían menos probabilidades de tomar medidas para preservar la fertilidad no tenían un diploma universitario, no tenían un seguro privado o ya tenían hijos. No fue

posible realizar un análisis parecido en las mujeres porque una cantidad demasiado baja de ellas tomaron medidas para preservar la fertilidad.

Los investigadores hallaron que entre 2007 y 2008, los pacientes de ambos sexos reportaron un aumento en las conversaciones con los médicos acerca de los efectos del tratamiento contra el cáncer sobre la fertilidad y las opciones de preservación de la fertilidad.

El estudio enfatiza *"la necesidad de reducir los costos, de mejorar la cobertura de los seguros, y de colaboraciones entre los proveedores de la atención sanitaria del cáncer y los expertos en la fertilidad que desarrollen estrategias para aumentar la concienciación acerca de las opciones de preservación de la fertilidad y reduzcan los retrasos en los tratamientos contra el cáncer a medida que mejora la preservación de la fertilidad para los pacientes de cáncer adolescentes y adultos jóvenes"*, comentó en un comunicado de prensa de la revista la autora del estudio, la Dra. Margaret Shnorhavorian, del Hospital Pediátrico de Seattle de la Universidad de Washington. ■



MICROPIGMENTACIÓN A CARGO DE ENFERMERAS PARA DEVOLVER LA AUTOESTIMA TRAS EL CÁNCER

www.diarioenfermero.es

El Hospital Ramón y Cajal de Madrid es el único de la red sanitaria pública española que dispone de una Unidad de Micropigmentación Mamaria. Desde su creación en 2009 se ha atendido en ella a más de 1.500 mujeres que deseaban ver redibujadas esas partes de su anatomía que habían perdido por culpa de la enfermedad, pezones en la mayoría de los casos. Hoy, todas estas mujeres han conseguido mejorar su autoestima,

su confianza en sí mismas y la relación con su entorno. Y todas ellas han pasado por las manos de Azucena Marzo, seguramente la persona que más experiencia tiene en España en el campo de la micropigmentación mamaria. Antes de empezar a explicarnos en qué consiste su trabajo, Azucena deja muy claro un aspecto para evitar confusiones: micropigmentar no es tatuar.

La primera diferencia radica en que la micropigmentación es menos invasiva que los tatuajes tradicionales, porque se realiza sobre la epidermis, la capa más superficial de la piel. Por otro lado, los pigmentos utilizados son muy diferentes. Frente a las tintas de los tatuajes tradicionales, en la micropigmentación se emplean pigmentos inorgánicos de colores terciarios muy semejantes a los de la piel, que si bien pueden perder algo de intensidad con el tiempo, también se rediseñan con más facilidad llegado el caso. Además, los colores nunca viran hacia tonos indeseados, como sí ocurre a menudo con los tatuajes.

La superficie sobre la que se realiza el procedimiento también es muy diferente: las enfermeras trabajan sobre pieles patológicas, radiadas, con cicatrices y que, a menudo, recubren prótesis. Superficies todas ellas sobre las que no se debe realizar un tatuaje convencional. Además, una paciente que va a ser micropigmentada se somete previamente a una prueba de tolerancia y después al necesario seguimiento sanitario.

Pero la principal diferencia entre la micropigmentación y los tatuajes radica en su finalidad misma: el objetivo de la micropigmentación no es decorativo ni artístico, sino corrector. Se busca la naturalidad, *“el sentido común”*, en palabras de Azucena Marzo. *“Más que saber dibujar, lo importante es tener sentido de la simetría y la naturalidad. La paciente tiene que verse las dos mamas iguales, aunque una de ellas esté micropigmentada. El resultado debe corresponderse con su reconstrucción mamaria en color, forma y proyección. No hay una areola igual a otra, ni todas tienen el mismo color. No puedes utilizar una plantilla”*, explica la enfermera.

La gestión de la Unidad de Micropigmentación es cien por cien enfermera, aunque el trabajo en ella no sería posible sin la colaboración de muchos equipos distintos. Tanto Azucena Marzo como su supervisora, Olga Salcedo, se sienten muy respaldadas: *“Tenemos apoyo institucional, de los médicos, los cirujanos, los dermatólogos, los oncólogos... Eso es muy importante, porque son ellos los que nos derivan a los pacientes. Confían en nuestra formación y nuestros resultados. No interfieren en nada”*, aseguran. Estas dos enfermeras no sólo han realizado intervenciones en mamas. También han redibujado cejas y han corregido cicatrices, quemaduras y labios leporinos. El objetivo de estas enfermeras es ahora ir abriendo camino a otros hospitales, extender su iniciativa y conseguir que la micropigmentación se afiance como último paso en la reconstrucción de mama. ■



200.000 CASOS DE CÁNCER DE ENDOMETRIO EVITADOS EN UNA DÉCADA GRACIAS A LOS ANTICONCEPTIVOS
www.elmundo.es

Mucho se ha hablado de los riesgos de los anticonceptivos orales, como la mayor tendencia a la trombosis o a sufrir un ictus, pero este fármaco también tiene su cara amable en el terreno de la prevención. Según los datos de un estudio publicado en la prestigiosa revista The Lancet Oncology, el consumo de la píldora, incluso durante unos pocos años, ofrece una protección importante frente al cáncer de endometrio, un tumor que se da con más frecuencia a edades avanzadas. Desde su aprobación, a comienzos de 1960, aproximadamente unos 400 millones de mujeres de países desarrollados han utilizado anticonceptivos, con frecuencia durante periodos prolongados durante su juventud. A pesar de su aceptación, este fármaco ha levantado mucha controversia, a nivel religioso y médico.

Su vinculación con efectos negativos en la mujer (problemas cardiovasculares, mayor riesgo de cáncer de mama o de cuello de útero), ha generado voces en contra de su uso. Sin embargo, los estudios científicos también evidencian algunos beneficios que quizás no han sido evaluados tan profundamente.

De hecho, hace años que se conocía el efecto protector del medicamento sobre el cáncer de endometrio, sin embargo, no se había contabilizado hasta la fecha los tumores que su consumo podía evitar a largo plazo. La investigación, realizada por investigadores de la Universidad de Oxford (Reino Unido), ha analizado los datos de 27.276 mujeres con cáncer de endometrio obtenidos a partir de 36 estudios realizados en diferentes países de Europa, Australia, Asia, Sudáfrica o Norteamérica. El análisis ha revelado que en los últimos 50 años se han prevenido alrededor de 400.000 tumores de endometrio, de los que 200.000 se han evitado en la última década.

“El fuerte efecto protector de los anticonceptivos frente al cáncer de endometrio -que persiste décadas después de haber dejado la píldora- significa que mujeres que los utilizaron en su veintena o incluso antes continúan beneficiándose a los 50 ó más años, cuando este cáncer es más frecuente”, explica en un comunicado la principal investigadora del estudio, la profesora Valerie Beral, de la Universidad de Oxford.

Los resultados muestran que por cada cinco años que se toma la píldora, el riesgo de este cáncer se reduce un 25%. En países desarrollados, el consumo de anticonceptivos durante 10 años reduce el riesgo de desarrollar cáncer de endometrio antes de los 75 años de 2,3 a 1,3 casos por 100 mujeres usuarias.

No obstante, tal y como indica un editorial publicado en la misma revista, habría que valorar si las diferentes formulaciones que han ido comercializándose protegen de la misma manera que las dosis que antes se administraban, que son las evaluadas por este trabajo. *“Las mujeres necesitan ser conscientes de los beneficios y riesgos de los anticonceptivos para poder tomar decisiones informadas”*. ■



Un espejo de realidad

Antonio Zamudio

El canto del gallo, de mi despertador me arranca del reino de morfeo, con los ojos entreabiertos, como cuando observas tras una persiana, llego al baño. Comienza la semana, hoy será un día duro en la oficina, con la reunión de seguimiento de objetivos a primera hora, la señorita Mabel nos traerá el café para que se haga más amena, aunque siendo un lunes, eso siempre es casi misión imposible. Y terminando la reunión, como siempre se me acercará Gálvez, buen tipo pero pedante hasta la saciedad, a comentarme lo bien que le va, que sí están cubriendo todos los objetivos de su área, que su equipo de trabajo está funcionando muy bien y bla, bla, bla. Y tendré que oír su perorata habitual, además poniendo cara de interés, pero como ya digo es un buen tipo, amigo de sus amigos, y siempre está en los momentos difíciles. Además esta semana sufriré un bombardeo masivo

por su parte tras la victoria de su equipo en el clásico del fin de semana, sólo me queda usar una dosis extra de paciencia. Cuando llegue a mi despacho, tendré sobre la mesa todas las solicitudes de la semana, me sentaré en la silla y seguro que no me veo entre ellas, tendré que dar respuesta a todas ellas, porque ahí estará mi jefe para recordarme cada mañana que deben estar entregadas antes del viernes al mediodía. Esta semana las tardes van a ser prometedoras para sacar todo el trabajo, menos mal que Miguel, mi compañero, inseparable y leal, será mi escudero en el camino pedregoso de esta semana. Aunque quizás más bien seamos al contrario yo su Sancho y él mi Quijote, así cabalgaremos entre molinos y fantasmas, para alcanzar nuestra misión. Son muchos los años que llevamos de compañero, y de mucho los atolladeros que hemos salido airosos, aún recuerdo el cierre de

aquel contrato con los holandeses, que se iba a pique, con lo que suponía para la empresa, el posible cierre, dados los momentos que pasaba ésta. Y como en el último momento, en el que Miguel les "vende la moto" como nadie mejor podía hacerlo, para firmar el que a día de hoy sigue siendo el mejor contrato en nuestra empresa. A pesar de todo, creo que sigo disfrutando con lo que hago, de la gente que me rodea en mi trabajo, sigo con la ilusión y la pasión que llevo hasta él.

-¡Manuel!- me llama mi mujer, que me devuelve como un vendaval a la realidad, para que baje rápido que nos vamos al hospital, hoy me toca el TAC de revisión, y eso me trae mi actual realidad, hoy el TAC y la semana que viene revisión con mi oncólogo, una semana con mis pensamientos en un solo pensamiento... ☺



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

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

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTABLES

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

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

ESTRUCTURA EN LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIONES

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

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

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

PROCESO EDITORIAL

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

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

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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

Los trabajos serán remitidos:

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



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

www.seeo.org