



Vol. 18 - Nº4. Noviembre 2016

enfermería oncológica

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

WWW.SSEO.ORG



Sociedad Española de
Enfermería Oncológica



Bienvenido a la S.E.E.O.

Martes, 1 de noviembre de 2016

SEEO



La SEEO responde

NOTICIAS

La sección de nervios axilares en la cirugía del tumor de mama es causa de dolor crónico.

La asociación Americana del cáncer aconseja vacunar del VPH a varones preadolescentes

Una inmunoterapia frente al cáncer de

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



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
www.seeo.org

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



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

DERMOCOSMÉTICA Y CUIDADO DE LA PIEL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

CURSO ONLINE

sano

SEEO

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, Nuria Domenech Climent. Comité Editorial: Rosa Isabel Escamilla Pastor, Manuel Olivares Cobo, Antonio Zamudio Sánchez, Ana María Palacios Romero, Marta González Fernández-Conde, Pablo Fernández Plaza, Nieves Gil Gómez, Carmen Vena Fernández, Ángeles Peñuelas Saiz, Juan Luis Ribes Bernal, Juan Manuel Gavala Arjona. 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** • CIRUGÍA ROBÓTICA Y ENFERMERAS ONCOLÓGICAS. **5** • LA SEEO ESTUVO EN... **11** • INTERVENCIÓN ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUROPATÍA PERIFÉRICA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. **12** • ENTREVISTA A BEGOÑA DELPON OMAECHEA. **18** • MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA EN UNIDADES INTERCENTROS DE ONCOLOGÍA. **20** NUESTROS COMPAÑEROS DEL HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. **25** BREVES. **27** • PÍLDORAS COLECCIONABLES. **28** • NOTICIAS DE EUROPA. **29** • AGENDA. **33** • NUESTRA SECCIÓN DE LIBROS. **34** FICHAS QUIMIOTERAPIA. **35** • ¿SABÍAS QUE...? **38** • A LA VANGUARDIA. **42** • RELATO. **44** • NORMAS DE PUBLICACIÓN. **47**



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

Editorial



Empieza el curso académico y desde la SEEO ya estamos trabajando en el próximo congreso que se celebrará en Valencia y cuyo lema será **“Innovando en cuidados. La enfermera oncológica en el eje del cambio”**.

Según el diccionario de la RAE, innovación significa: “acción o efecto de innovar. Creación o modificación de un producto y su introducción en un mercado” y como sinónimos de innovación: “revolución, salto, novedad, modificación, reforma, transformación, evolución”.

La innovación nos permite tener un desarrollo de la autonomía profesional que es lo que nos sitúa en el sistema de salud como una profesión independiente.

Lo que necesitamos para generar innovación tecnológica es disciplina, conocimiento científico (marco teórico de la profesión), investigación y emprendimiento.

Cuando decidimos que tenemos que innovar es porque pensamos en aspectos de nuestras unidades que deben mejorarse o simplemente servicios que no estamos ofertando.

Uno de los aspectos que más debiera influir en la innovación profesional es el proceso crítico de análisis de la práctica. Una de las herramientas fundamentales para iniciar este proceso es la investigación. La investigación es una de las principales oportunidades de la disciplina enfermera para generar conocimiento, y con ello modificar la práctica, la educación y las políticas sanitarias y mejorar los cuidados que las enfermeras brindan a la sociedad.

Para poder innovar en la práctica profesional es esencial dotar a los profesionales de la metodología y los instrumentos necesarios que les capaciten para analizar de forma crítica su práctica, el conocimiento de la realidad profesional y de los cuidados enfermeros.

La enfermería como todas las Ciencias de la Salud, está inmersa en un proceso dinámico de cambio y por tanto sometida a un desafío continuo, los nuevos estilos de vida, las diferentes maneras de enfermar y de abordar los tratamientos terapéuticos, como los avances tecnológicos todavía no imaginables, son retos que hacen que los futuros profesionales tengan que adquirir habilidades para aceptarlos, adaptarse a ellos y modificar sus formas de actuar a las nuevas necesidades. Este proceso requiere de profesionales reflexivos y críticos que estén capacitados para evaluar si los conocimientos, cumplen los criterios básicos fundamentales del conocimiento científico.

También tenemos que tener en cuenta que algo nuevo tiene más riesgo de fracaso que hacer algo cuyo proceso ya se conoce.

Un aspecto fundamental para iniciar la innovación es detectar la necesidad y conocer los límites de esta necesidad así como las expectativas de cubrirla. Otro factor importante para desarrollarla es la creatividad, el interés por el cambio, y el intento en conseguirlo tanto con éxito como con fracaso.

Cualquier propuesta de innovación debería tener en cuenta cuatro factores decisivos: la oportunidad, la idea, la acción y la difusión.

Hay aspectos que pueden devaluar o paralizar la innovación: no ser capaces de asumir el riesgo que la innovación supone.

Los retos que debería superar una enfermera innovadora serían:

- Conseguir tener una visión inspiradora.
- Hacer que todos se involucren.
- Aprender a liderar.
- Generar entornos de exploración.
- Potenciar la propia responsabilidad.
- Desarrollar habilidades creativas e innovadoras.
- Aprender a medir lo innovado.
- Utilizar los recursos disponibles.
- Aprender a Sinergizar.
- Alimentar la interconexión.
- Descifrar el significado de Coste e Inversión.
- Tener una actitud Valiente.

Queda claro que innovar es una herramienta para competir en un mercado cambiante. Pues bien, en la situación actual de crisis económica en que el sistema sanitario está sufriendo tanto, innovar en la prestación de los servicios y la atención a las personas ya no es necesario, es urgente.

Como agentes de cambio, somos los profesionales mejor cualificados para desarrollar dicha labor porque establecemos un vínculo de comunicación con nuestros pacientes que nos lleva a conocer mejor que nadie cuáles son sus necesidades y las de su entorno familiar.

Las enfermeras del siglo XXI tenemos una gran oportunidad que no debemos dejar escapar y está en nuestras manos innovar y ser creativos en la prestación de los cuidados para garantizar la calidad en la asistencia y la sostenibilidad del propio sistema. ➔



CIRUGÍA ROBÓTICA y enfermeras oncológicas

Autores: Danuta Lichosik
European Institute of Oncology IEO. Coordinator Nurse School of Robotic Surgery. Milán (Italy).
C. Arnaboldi
European Institute of Oncology IEO.
D. Astolfi
Coordinator Nurse School of Robotic Surgery. Milán (Italy).
R. Caruso
European Institute of Oncology IEO.
M. Granata
Coordinator Nurse School of Robotic Surgery. Milán (Italy).
P. Fernández-Ortega
Instituto Català d' Oncologia. Hospital Duran i Reynals, Barcelona.

Contacto: paxfernandez2010@ub.edu

Los autores declaran no conflicto de interés. No fuente de financiación.

RESUMEN

Presentar las nuevas tecnologías robóticas disponibles hoy y cómo estos avances mejorarán la cirugía de los pacientes con cáncer. Se describe la experiencia de nuestras colegas enfermeras del Instituto Europeo Oncología, IEO, de Milán. Así mismo se

describen qué roles y cambios se han producido en las responsabilidades de las enfermeras quirúrgicas. Se detallan las actividades y los dispositivos necesarios para su desarrollo. También se explica cómo se forman y se educan los profesionales que están

relacionados con la aplicación de esta nueva técnica.

Palabras claves: Cirugía mínimamente invasiva, cirugía robótica, enfermera quirúrgica, multidisciplinar, trabajo en equipo, educación enfermera, guías de práctica clínica.

ABSTRACT

To present the new robotic technologies that are available today and how these advances will improve surgery of patients with cancer.

To describe the experience of our colleagues from the European Oncology Institute in Milan IEO. Also are described

which roles and changes in responsibilities of surgical nurses have occurred lately. The activities and devices necessary for its development are described as well.

Also is explained how are trained and educated those professionals involved in the application of this new technique.

Key words: minimally invasive surgery, robotic surgery, perioperative nursing, multidisciplinary approach, teamwork, continues education, clinical guidelines.

JUSTIFICACIÓN

Recientemente he tenido la oportunidad de conocer de primera mano, la experiencia de las compañeras del IEO de Milán sobre el uso de la nueva tecnología en la cirugía oncológica y he quedado muy sorprendida.

Considerando que no existen tantas publicaciones sobre el tema y dado la creciente utilización de estas técnicas es el objetivo de este manuscrito presentar la experiencia de un equipo que tiene amplia experiencia en su uso.

Nuestra colega italiana, Danuta Lichosik, RN, MSc, es una enfermera oncológica quirúrgica que le gusta compartir su extenso conocimiento, es una profesional de reconocido prestigio en el ámbito y nos presenta junto a su equipo las cuestiones que se transmiten en el siguiente texto.

¿Qué es la cirugía robótica y cómo se desarrolla?

A lo largo de la historia de la Enfermería, los descubrimientos y el conocimiento de una etapa han servido como plataforma para innovar en las siguientes. Ello es especialmente cierto en el caso de la cirugía mínimamente invasiva (MIS), de las siglas en inglés *Minimal Invasive Surgery*, donde las prácticas peri-operatorias han sido definitivas para aprender y mantenerse actualizado sobre la tecnología en un contexto que cambia constantemente¹. Aparecen nuevas técnicas y se mejoran los instrumentos que se utilizan, también cambia la formación y preparación de los propios equipos de profesionales.

La “**revolución laparoscópica**” de la década de 1980 impulsó y animó a la búsqueda de métodos menos invasivos y a cambios en las nuevas técnicas, como la moderna cirugía robótica asistida². La primera intervención con este sistema se realizó en 1985 en una colecistectomía y más tarde en 1997 se utilizó la telemedicina por un equipo francés, desde Nueva York con una colecistectomía de un paciente en Francia^{3,4}. El primer prototipo de realidad virtual se realizó por la NASA para el ejército de Estados Unidos⁵ y en 2000 fue aprobado por la FDA para la aplicación de todos los procedimientos laparoscópicos⁶.

Desde entonces, el **Sistema Quirúrgico da Vinci**, está disponible comercialmente y ya hay numerosos hospitales en España que también lo utilizan en especialidades quirúrgicas que incluyen urología, ginecología, cirugía cardíaca, cirugía general, cirugía de cabeza y cuello y torácica. La última incorporación tecnológica conocida como Sistema da Vinci Si HD, fue lanzada en abril de 2009. Se puede consultar más en la página web: <http://davincivscancer.com/>

Actualmente, en **cirugía oncológica**, se utiliza para el cáncer de vejiga, cáncer colorrectal, ginecológico, renal, pulmonar, de tiroides y próstata^{7,8}. En otras patologías como es la cirugía de la obesidad, la intervención en válvulas cardíacas, prolapso uterino o endometriosis de entre muchas⁹.

La **cirugía mínimamente invasiva robótica** trae importantes beneficios para los

pacientes, como una menor pérdida de sangre con la consiguiente disminución para necesitar transfusión de sangre y posiblemente un tiempo de recuperación general menor.

Otras ventajas son que superan muchos obstáculos de la cirugía laparoscópica anterior ya que aumentan la destreza, la coordinación mano-ojo, mejora la visualización y permiten una posición ergonómica del cirujano, permitiendo abordar cirugías técnicamente difíciles y que ahora son posibles⁶.

Profesionales que intervienen en el acto quirúrgico

El equipo es muy numeroso pudiendo actuar más de 12 a 15 personas en el quirófano, alrededor del paciente. Así, estarán presentes los miembros del equipo de cirujanos de la especialidad, la enfermera coordinadora de robótica, el anestesiista, el patólogo, el equipo técnico de robótica, unas 2 enfermeras circulantes, el equipo de limpieza y, a veces, algunos profesionales más.

Una primera cuestión que se debe conocer del sistema robótico, es que este no funciona por sí mismo, de manera automática, sino que siempre es manejado por el cirujano y este detalle es importante para evitar conceptos erróneos. El papel de los profesionales pues, es prioritario.

Dispositivos que se necesitan en robótica

En la *foto 3* anterior se pueden observar como cada profesional ocupa un lugar



Foto 1. Cedita por www.reyeslaw.com



Foto 2. Cedita por el IEO. Colaboración entre el equipo.

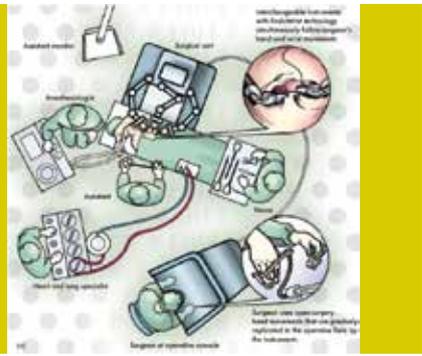


Foto 3. Profesionales durante la cirugía.



Foto 4. Elementos que intervienen en la cirugía.



Foto 5. Instrumentos empleados en la cirugía. Fotos de Intuitive Surgical®.



Foto 6. Grupo de tutores enfermeros del IEO.



Foto 7. Quirófano y dispositivos del simulador, School of robotic surgery del IEO, Milán.

específico en el quirófano y qué elementos están disponibles en este tipo de cirugía¹⁰.

Los **elementos principales** son (foto 4):

- La **consola del cirujano** tiene un diseño ergonómico y adaptado para que el cirujano opere a pocos metros, pero separado del paciente.
- El **monitor de visualización 3D HD** ofrece vídeo de alta en 3 dimensiones permiten al cirujano ver estructuras anatómicas claramente, con posibilidad de ampliar la imagen y con color natural.

- Los **brazos robóticos**, situados encima de la mesa de operaciones y en contacto con el paciente. Pueden ser dos o tres y, en un futuro, se plantean aumentar su número. Son de hecho, los brazos robóticos del cirujano y los que actúan en el cuerpo del paciente, pero bajo el control y a los mandos del profesional.
- El **carro o bandeja quirúrgica (surgical cart)** donde se disponen los instrumentos intercambiables que se pueden necesitar para los brazos robóticos.
- Otras mesas quirúrgicas pueden ser necesarias según el tipo de espe-

cialidad que ha de intervenir, como por ejemplo en caso de cirugía torácica de cáncer de pulmón o cirugía abdominal.

¿Qué **instrumentos** se usan? (foto 5)

Los EndoWrist®, son instrumentos específicos para este tipo de sistema, están diseñados para proporcionar a los cirujanos una destreza natural, como la suya propia, mientras se opera a través de pequeñas incisiones, son capaces de reproducir fielmente los movimientos y precisión de una mano humana o incluso con un mayor nivel de precisión.

Los **instrumentos de energía avanzada**, que permiten cortar, diseccionar o cauterizar con precisión milimétrica, tienen dispensadores de agujas o tijeras y otros instrumentos.

Los fórceps o **instrumentos de agarre** que permiten adaptarse a una gama diversa de tejidos, como los finos y delgados del peritoneo o tejidos densos y fibrosos del útero.

Otros instrumentos permiten la cauterización o la sutura de los tejidos.

Complicaciones o posibles fallos del sistema

Pueden producirse lesiones a los tejidos o los órganos, sangrado, infección y la cicatrización interna que causar disfunción y/o dolor. Los riesgos de la cirugía robótica también incluyen la posibilidad de fallos en los equipos o por errores humanos. Algún **problema técnico** con el material, incluye el fallo de alguno de los brazos robóticos.

Así pues los resultados quirúrgicos pueden variar en cada paciente o en las diferentes instituciones. Sin embargo, los beneficios generales que suponen para los pacientes están demostrando su indiscutible aportación.

Rol de la enfermera oncológica en la cirugía robótica. ¿Cuáles son los retos y oportunidades?

El papel de la enfermera especialista en robótica, es a la vez un reto emocionante porque la tecnología es novedosa y está abierto a diferentes interpretaciones y definiciones. Debido a todo ello, necesita una descripción flexible de su trabajo¹.

Ciencia y tecnología están avanzando a un ritmo increíble y un análisis crítico de estos nuevos desarrollos es responsabilidad de la enfermera peri-operatoria. Las enfermeras, como miembros del equipo quirúrgico robótico, deben poseer y demostrar un nivel alto de conocimiento en el cuidado y también expertez en la tecnología robótica. Juegan un papel clave para la recopilación de datos,

análisis de tendencias, evaluación de los resultados y la identificación de los problemas de seguridad que surjan. La enfermera tiene responsabilidad sobre el seguimiento de prácticas de seguridad y de calidad¹¹.

Así mismo, es necesario analizar periódicamente, sus funciones y habilidades como criterio eficaz para una mejora constante de la atención al paciente. Por todo lo anterior, se han diseñado protocolos y directrices específicas que favorecen unos resultados positivos tanto en la práctica como en asegurar que estándares de calidad son necesarios¹².

¿Qué formación enfermera en cirugía robótica realizáis en el centro?

El itinerario formativo incorpora la formación sobre productos, dispositivos, capacitación clínica y educación clínica para los equipos integrados de ambos, tanto sean cirujanos o personal enfermero especialista en quirófano¹³. El propósito del **programa de formación** que se dispone en el IEO, es desarrollar y aumentar la confianza y las competencias del equipo quirúrgico en su uso del sistema quirúrgico, en este caso profundizar en el *Sistema da Vinci*.

El uso del “*Simulador da Vinci*” se ha diseñado con una variedad de ejercicios y escenarios específicamente pensados para dar al usuario la oportunidad de mejorar sus habilidades de control y uso de la consola. Estos programas de capacitación están diseñados para cirujanos, asistentes o residentes de cirugía, enfermeras, coordinadores del Sistema da Vinci, estudiantes y becarios.

Se considera que el objetivo final es desarrollar equipos autosuficientes y capaces de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos con el mínimo soporte adicional. La simulación es parte fundamental en el aprendizaje con la tecnología quirúrgica robótica^{14,15}.

Los ejercicios se desarrollan en un amplio rango, desde el nivel básico al más avanzado y están diseñados para

ser relevantes para cirujanos y enfermeras de cualquier especialidad quirúrgica. Cada ejercicio contiene categorías de habilidades tales como la configuración del sistema, control de una aguja, la conducción y la dirección, la energía o tacto de uso o la disección de un tejido.

Creemos que la formación debe involucrar a todos los miembros del equipo quirúrgico robótico, cirujanos y enfermeras aprendiendo juntos es la clave principal para garantizar la formación eficaz de equipos y la seguridad del proceso¹⁶.

¿Cómo trabaja la enfermera especialista en un sistema robótico?

A medida que más cirujanos realizan cirugía robótica y más pacientes la experimentan, las enfermeras de quirófano también deben cambiar su rol.

Una amiga enfermera graduada y trabajando en quirófano desde 1986, explica que su papel tradicional ha sido ofrecer apoyo emocional, preocuparse por la seguridad y la mejor prestación de atención clínica al paciente. Ahora, la **vigilancia tecnológica** es también una parte importante y novedosa de su rol.

Antes de que el paciente llegue al quirófano, las enfermeras se aseguran que el equipo robótico esté configurado correctamente. Además tienen en cuenta la posición del paciente, que estará determinada en función de qué tipo de cirugía se haya planificado. Precisa también como colocar y decidir un posicionamiento cuidadoso del paciente, atendiendo a los puntos de presión, distribución adecuada de materiales antideslizantes para la prevención de posibles lesiones neuromusculares posteriores.

Los cirujanos utilizan diferentes herramientas unidas a los brazos del robot, dependiendo del tipo de cirugía, las enfermeras tienen que asegurarse de que las herramientas adecuadas están listas para funcionar. Debido a la complejidad tecnológica, las enfermeras deben pensar en maneras creativas y

diferentes cada vez para proporcionar la mejor atención al paciente.

Durante el procedimiento, la enfermera observa y anticipa las necesidades del cirujano, teniendo especial atención al cuerpo del paciente y cómo se dispone o se muestra en un monitor de alta definición disponible en la sala de operaciones¹⁷.

Al finalizar, la función enfermera tiene mucho que ver con la seguridad, recogida de material y mantenimiento, tanto del paciente como del material. Cuestiones todas ellas fundamentales para un funcionamiento futuro correcto.

Implicaciones enfermeras. Futuro del rol enfermero en cirugía robótica

La razón por la que muchas enfermeras optan por trabajar en el quirófano es porque aman la anatomía, la fisiología y la tecnología de manera conjunta. Los aspectos más interesantes de la cirugía asistida por robot son la continua evolución de la tecnología, un trabajo cohesionado en un equipo humano y una práctica

quirúrgica multidisciplinar, especialmente en el campo de la oncología quirúrgica.

Hasta hace poco, no se sabía cómo la cirugía robótica iba a desarrollarse y evolucionar. La robótica no reemplaza la inteligencia humana, ni su habilidad y experiencia, pero hay confianza de que podría ser la cirugía del futuro. La combinación de la telecirugía con la robótica quirúrgica permite adivinar que la asistencia sanitaria llegará lejos en distancia y en avances. Permitirá acceder a remotos lugares o sin profesionales sin necesidad de desplazarse el cirujano¹⁸.

Otra cuestión de interés que la cirugía robótica aporta son las implicaciones por la falta de datos reales de qué tipo de pacientes se deciden o a quiénes se les proporciona información cuando el cirujano va a utilizar el método robótico.

Los hospitales han promovido que los pacientes utilicen el Sistema da Vinci porque deben recuperar el coste de la maquinaria, sin embargo, la información y materiales de educación o información

sobre el sistema robótico no están disponibles o tienen poca repercusión real en los pacientes.

Tampoco se ha estudiado el impacto de estar informado o no y el impacto en la toma de decisión del paciente frente a esta opción quirúrgica. Sweeney en 2010, ya plantea la importancia de la información¹⁹. Es aquí, donde el enfermero debe tomar un rol activo y abogar que es educar al paciente es una actividad propia de su competencia enfermera para el cuidado.

Esperamos que la enfermera de quirófano tenga una buena oportunidad de estar más cerca del paciente y, utilizando la tecnología, mejorar su aportación para brindar mejor soporte en la atención al paciente oncológico.

Se brinda una oportunidad única a las enfermeras oncológicas para investigar sobre el impacto de la información y la educación enfermera en la toma de decisiones de los pacientes para escoger o no la cirugía robótica en su patología oncológica. ➡

BIBLIOGRAFÍA

1. Perioperative Standards and Recommended Practices. Denver, C.O.: AORN, Inc; 2010.
2. Stanton C. Robotics a new addition to SA. AORN Association of periOperative Registered Nurses. Connections. 2009; 7(5):12. [Acceso el 16 Dec 2015]. Disponible en: <http://www.aorn.org/News/May2009>.
3. Resin S., Firat O., Sozbilen M. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: is it more than a challenge? Surg Endosc. 2010;24(6):68-71.
4. Reynolds W. Jr. The first laparoscopic cholecystectomy. JSL: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. January-March 2001;5:89-94.
5. Francis P. Evolution of robotics in surgery and implementing a perioperative robotics nurse specialist role. AORN Journal. 2006;83(3):630-650.
6. Lanfranco A.R., Catellanos A.E., Desai J.P., Meyers W.C. Robotic surgery: A current perspective. Annals of Surgery. 2004;239:14-21.
7. Le C.Q., Gettman M.T. Laparoscopic and robotic radical prostatectomy. Expert Rev Anticancer Ther. 2006;6(7):1003-1011.
8. Sim H.G., Yip S.K.H., Cheng C.W.S. Equipment and technology in surgical robotics. World J Urol. 2006;24(2):128-135.
9. Allgower C.E., Schreuder A.N., Farr J.B., Mascia A.E. The robotic revolution: advancing laparoscopy and urology further into the future. Contemp Urol. 2006;18(10):28-32.
10. Phillips N.M. Berry and Kohn's Operating Room Technique. 11th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2007.
11. Connor M.A., Reinbolt J.A., Handley P.J. Perioperative nurse training in cardiothoracic surgical robotics. AORN Journal. December 2001;74:851-857.
12. Protocols and procedures. Operating theatre. Edita: European Institute of Oncology. 2007-2013.
13. Kruglikova I., Grantcharov T.P., Drewes A.M., Funch-Jensen P. Assessment of early learning curves among nurses and physicians using a high-fidelity virtual-reality colonoscopy simulator. Surg Endosc. 2010 Feb;24(2):366-70. Epub 2009 Jun 18.
14. Kaul S., Shah N.L., Menon M. Learning curve using robotic surgery. Curr Urol Rep. 2006;7(2):125-129.
15. Cabello J.M., Bhayani S.B., Figenshau R.S., Benway B.M. Camera and trocar placement for robot-assisted radical and partial nephrectomy: which configuration provides optimal visualization and instrument mobility? J Robotic Surg. 2009;3(8):155-159.
16. Kumar R., Hemal A.K. The "scrubbed surgeon" in robotic surgery. World J Uro. 2006; 24(4):144-147. Importancia de la formación.
17. Hortman C., Chung S. Positioning Considerations in Robotic Surgery. AORN Journal. 2015;(102) 4:434-440.
18. Mc. Daris-Dass M. Telesurgery: The medical wave of the future. University of Southern California Technology Commercialization Alliance. [Acceso: 10 Dec 2015]. Disponible en: <http://www.usc.edu/org/techalliance/Anthology>.
19. Sweeney P. The Effects of Information Technology on Perioperative Nursing. AORN Journal. 2010;(95)5:528-543.

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



Mary Wells (Presidenta del Comité Científico) con Meenir Krishnasamy (Australia), Daniel Kelly (Presidente de EONS) y Pauline Kehoe (Asociación Irlandesa de Enfermeras de Oncología).



Congreso EONS 10

La SEEO estuvo en...

Dublín, octubre 2016



Durante los pasados días 17 y 18 de octubre, se celebró en Dublín el décimo congreso de la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica (EONS) con el título *“Equilibrando las necesidades en cuidados de salud en un contexto cambiante”*. Éste se llevó a cabo junto con la 18 Internacional Psycho Oncology Society (IPOS) y fue organizado por la Sociedad Irlandesa de Enfermería Oncológica (IANO).

El evento reunió a 580 enfermeras de distintos países como Irlanda, Reino Unido, Francia, Alemania, Eslovenia, España, Suecia, Países Bajos, Suiza, etc. y dio la oportunidad de compartir conocimientos y experiencias.

La inauguración del congreso fue llevada a cabo por el Ministro Irlandés de Salud Simon Harris, que en su discurso recalcó el valor y la importancia del trabajo de las enfermeras oncológicas en el cuidado de los pacientes.

Durante el congreso se debatieron temas tan importantes y tan diversos como el cuidado de la dependencia en pacientes con cáncer, el establecimiento de prioridades para la investigación en enferme-

ría oncológica, el manejo de trastornos psicológicos en pacientes con cáncer y las necesidades de los supervivientes. También se discutieron en un ambiente muy participativo e interactivo las necesidades de atención de los pacientes y sus familias, las necesidades de apoyo de los padres con niños con cáncer, y los retos a los que se enfrentan las enfermeras en la atención integral en un mundo que cambia muy rápidamente.

En los pósters pudimos ver trabajos e investigaciones realizados en torno a los temas de: problemas psicosociales de pacientes y familias; nuevas tecnologías en enfermería oncológica; prevención, detección precoz y estilos de vida; control y manejo de síntomas; manejo de complicaciones a largo plazo y supervivientes; cuidados del cáncer en la comunidad; liderazgo clínico y desarrollo; cuidados paliativos y la investigación en enfermería oncológica.

También fue importante poder comparar la organización y el trabajo realizado por enfermeras de asociaciones de otros países como Australia o poder conocer el trabajo que se realiza desde ONS, la Sociedad Americana de Enfermería Oncológica.

En definitiva, el congreso aportó conocimiento científico pero también ofreció la oportunidad de intercambiar experiencias (dificultades y soluciones) a las que las enfermeras oncológicas nos enfrentamos en el día a día en el cuidado de nuestros pacientes.

En el encuentro en Dublín también se expusieron unas líneas de actuación y unos objetivos encaminados a **poner de manifiesto el impacto de la enfermera especialista en cáncer en Europa**. Este proyecto se conoce como RecaN (Recognition of CancerNursing in Europe), e iremos teniendo noticias de su desarrollo y trabajo mediante las actualizaciones periódicas en la newsletter y la página web (www.cancernurse.eu).

El Congreso Europeo de Enfermería Oncológica ofreció la oportunidad de establecer contactos con colegas de enfermería de toda Europa con ambición, compromiso y creatividad; las mismas características que muchas enfermeras oncológicas españolas demuestran en el cuidado de pacientes oncológicos todos los días. 🇪🇺



Intervención enfermería en pacientes con **NEUROPATÍA PERIFÉRICA** inducida por quimioterapia: protocolo de actuación

Autores: Miranda Ruiz A. *Enfermera.* Casanova Espinosa M. *Hematóloga.*
Aguilar Carmona S. *Enfermera.* Ruiz Hernández C. *Enfermera.*
Martínez Arcos C. *Enfermera.* Cano Sánchez R. *Enfermera.*

Institución: Agencia Sanitaria Costa del Sol. Hospital Costa del Sol. Marbella.

Autor responsable: Antonia Miranda Ruiz.
Enfermera de la Unidad de Onco-Hematología del Hospital Costa del Sol.

Contacto: ammiranda@yahoo.es

RESUMEN

Introducción: la Neuropatía Periférica inducida por quimioterapia [Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy (CIPN)] es una de las complicaciones más frecuentes del tratamiento contra el cáncer. La CIPN deteriora la funcionalidad, compromete la calidad de vida y frecuentemente, conlleva la reducción y/o suspensión del tratamiento, lo que representa un efecto adverso limitante de dosis de muchos antineoplásicos. Fármacos como los alcaloides de la vinca, derivados del platino, taxanos o fármacos de aparición reciente, muchos de ellos en fase de experimentación como bortezomib, brentuximab y vinflunina, contemplan entre sus efectos

secundarios más frecuentes la aparición de neuropatía. La intervención de Enfermería es fundamental para la prevención, detección y posterior evaluación como clave para reducir la incidencia de la misma.

Objetivos: ofrecer una guía de actuación que sirva de soporte para controlar y tratar la CIPN en nuestro ámbito hospitalario unificando criterios entre los distintos profesionales.

Material y método: elaboración de un protocolo de actuación para aplicación en nuestro ámbito hospitalario en donde se desarrollan tres herramientas claves para el control de la CIPN: cuestionario, algoritmo de actuación y guía de recomendaciones para pacientes.

Resultados: con la aplicación de este protocolo garantizamos un manejo óptimo de CIPN actuando en la detección de este síntoma para su posterior evaluación y gestión del mismo.

Discusión y conclusiones: con este procedimiento vamos a garantizar, no sólo una atención integral y de calidad, sino un entorno de seguridad fundamental y de cumplimiento del tratamiento del usuario en respuesta a este efecto secundario adquiriendo nuevas competencias y roles avanzados en este campo.

Palabras clave: neuropatía periférica inducida por quimioterapia, dolor neuropático, implicación enfermería.

ABSTRACT

Introduction: the Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy (CIPN) is one of the most complicated treatments against cancer. The CIPN deteriorates the usefulness, compromises the quality of life and frequently reduces and/or puts a halt to treatments. This represents a limitation and can have an adverse effect on dosage. The drugs involved are platinum drugs, vinca alkaloids, bortezomib, taxanes or new drugs like brentuximab which have more frequent side effects amongst the peripheral neu-

ropathy. The nursing intervention is fundamental for the optimum prevention, detection and post-evaluation. This is the key to reducing further impacts.

Objectives: to provide a guide that serves to support, control and treat the CIPN in our hospitals whilst unifying various criteria between the health team.

Materials and methods: to produce a protocol in our hospitals where one can carry out and put into practice key support tools to control the CIPN: A questionnaire, algorithm summarising and a set of guidelines with advice for patients.

Results: with this protocol, we guarantee an optimum management of CIPN with early detection of these symptoms for evaluation, control and management.

Conclusions: with this protocol, we will ensure not only comprehensive care and quality but fundamental environmental security and treatment compliance in response to these side effects. In addition, acquiring new abilities and advanced nursing roles within this field.

Keywords: Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy, neuropathic pain, nurse implication.

INTRODUCCIÓN

La Neuropatía Periférica inducida por quimioterapia (Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy) (CIPN), se define como la presencia de signos y síntomas de disfunción nerviosa periférica, somática o autonómica, como consecuencia del daño al sistema nervioso por agentes quimioterapéuticos^{1,2,3,4}. Es considerada la toxicidad neurológica más común. Alrededor del 38% de los pacientes de cáncer tratados con quimioterapia experimentan este síntoma^{1,3,5}, aunque este porcentaje depende de varios factores como son: esquema de tratamiento administrado, tipo de tratamiento, duración del mismo, tipo de tumor, características de los pacientes o toma concomitante de otros fármacos neurotóxicos. La presencia de ciertas enfermedades como la diabetes pueden predisponer al paciente a padecer CIPN^{1,3,6}.

El paciente con cáncer puede tener una afección del sistema nervioso periférico debida a otros mecanismos en relación con su cáncer (compresivo, infiltrativo, inmunitario, paraneoplásico) o independientes de éste (metabólico o toxicidad por otros fármacos)^{6,7,8}.

Otros factores han contribuido a aumentar la incidencia de CIPN como son el aumento de pacientes tratados con quimioterapia y el aumento de la superviven-

cia como consecuencia de los nuevos fármacos y esquemas terapéuticos^{5,4,7}.

La CIPN deteriora la funcionalidad, compromete la calidad de vida y frecuentemente, conlleva la reducción y/o suspensión del tratamiento, lo que representa un efecto adverso limitante de dosis de muchos antineoplásicos^{1,3,7,8}.

CIPN ocurre en pacientes tratados con taxanos, derivados del platino, alcaloides de la vinca, talidomida, lenalidomida y bortezomib^{1,3,8}.

La clínica de la neuropatía es muy variada y dependerá de la función de los nervios que se encuentren afectados, de la localización y distribución de los mismos^{9,10,11}. Atendiendo a estos criterios podemos clasificar dichos síntomas en:

- **Síntomas motores:** debilidad e hipotonía muscular, calambres.
- **Síntomas sensitivos:** hipoestesia (sensibilidad disminuida), parestesia, disestesia, ataxia sensitiva, alodinia (dolor por estímulo no doloroso), neuralgia, cambios en la percepción de la temperatura. Las primeras áreas afectadas suelen ser los pies y los tobillos, seguidos de las manos, antebrazos y de la región peri oral. Fármacos como el oxaliplatino contemplan entre sus efectos secundarios un síndrome laríngeo-faríngeo caracterizado por sensa-

ciones de disfagia o disnea laringoespasmó o broncoespasmó^{10,11}.

- **Síntomas autonómicos:** hipotensión ortostática, disfunción genitourinaria, alteraciones gastrointestinales (diarrea, íleo paralítico).

Cuando hay cambios neuropáticos severos se pueden encontrar alteraciones laríngeo-faríngeas, disestesias frías y el signo de Lhermite, sensación semejante a un choque eléctrico¹⁰.

La progresión de los cambios en la sensibilidad a la manifestación de dolor supone un deterioro en la movilidad y funcionalidad de los pacientes^{1,7}.

En cuanto a su presentación, la CIPN aparece durante el tratamiento con el agente citostático o justo tras el último ciclo^{1,10}. Sin embargo, se sabe de presentaciones muy precoces con agentes como vincristina, cisplatino y bortezomib. Existe también el fenómeno *coasting*, el cual consiste en un empeoramiento progresivo de la neuropatía, durante semanas o meses, tras la suspensión del agente causal^{1,10}: es el caso del oxaliplatino.

En la actualidad no existen intervenciones preventivas que permitan modificar la aparición de la CIPN, lo que conlleva con frecuencia a la necesidad de una



Anexo 2. Algoritmo de actuación.

reducción de dosis del tratamiento prescrito o a la suspensión del mismo^{1,3,5}. La incidencia y severidad de la neurotoxicidad es, por tanto, dependiente de la dosis.

El reconocimiento precoz y el manejo inicial de la CIPN son la mejor y única técnica disponible para evitar su evolución a una neuropatía severa e incapacitante^{1,7,8}.

Todos estos signos y síntomas (muchos de ellos irreversibles), pueden comprometer, no solo la calidad de vida de los pacientes sino también de sus cuidadores y entorno cercano, puesto que dificultan las actividades instrumentales de la vida diaria. La Intervención de Enfermería como parte del equipo multidisciplinar, es fundamental para la prevención, detección y posterior evaluación como clave para reducir la incidencia de la misma^{8,11,12,13,14}.

Numerosos autores, sugieren que el uso de protocolos y procedimientos valida-

dos y consensuados son herramientas útiles para el control de este efecto secundario^{1,3,12}.

Por todo lo anteriormente descrito, el objetivo de este trabajo es ofrecer una guía de actuación que sirva de soporte para controlar y tratar la CIPN en nuestro ámbito hospitalario, unificando criterios entre los distintos profesionales del equipo multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: elaboración de un protocolo de actuación.

Ámbito de estudio: Hospital de Día de Onco-Hematología de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

En enero del 2011 se realiza una búsqueda bibliográfica utilizando los motores de búsqueda Trip Databasse, Google académico, bases de datos Pub Med, Scielo y CINALH, para identificar artículos en castellano e inglés. Las palabras claves utilizadas fueron: Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy, Neuro-

pathic pain, Nurse implication. Se consultaron un total de 22 artículos.

Revisando dicha bibliografía, se elabora un primer protocolo de actuación. Dicho protocolo fue aplicado a pacientes diagnosticados en nuestra unidad de Mieloma Múltiple y tratados con diferentes tipos de esquema de quimioterapia, en el que se incluía bortezomib, desde mayo de 2011 a marzo de 2013.

En el primer trimestre del año 2016 y como líneas de mejora, se ha realizado una revisión del mismo incorporando modificaciones según la nueva bibliografía revisada.

RESULTADOS

El primer protocolo que se elaboró fue puesto en práctica en una muestra de 22 pacientes. Estos pacientes, diagnosticados de Mieloma Múltiple, fueron tratados con esquemas de tratamiento de quimioterapia con bortezomib. En dicho grupo, se constató una incidencia de Neuropatía Periférica grado 2 del 22,7%.

CUESTIONARIO CONTROL NEUROPATÍA

		NO	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1	¿Ha sentido hormigueo o adormecimiento en los dedos o en las palmas o plantas de las manos y/o pies?					
2	¿Ha presentado dolor en las articulaciones o calambres musculares?					
3	¿Ha notado debilidad en las piernas?					
4	¿Ha tenido la sensación de pinchazos en manos y/o pies?					
5	¿Ha notado que pierde el equilibrio al caminar?					
6	Desde que empezó el tratamiento ¿oye menos?					
7	¿Tiene dificultad para abrocharse los botones?					
8	¿Tiene dificultad para coger pequeños objetos?					
9	¿Tiene usted estreñimiento o lo tiene más que habitualmente?					
10	¿Nota mareo cuando se levanta de la silla o de la cama?					

RESPUESTAS	NO	0
	MUY POCO	1
	POCO	2
	BASTANTE	3
	MUCHO	4

NOTA: este cuestionario lo utilizaremos como herramienta para captar pacientes con neuropatía incipiente y poder así aplicar el protocolo de actuación.

Anexo 1. Cuestionario control CIPN. Hospital Costa del Sol.

Como consecuencia de la nueva búsqueda realizada, se elaboró un protocolo de actuación basado en tres medidas:

- **Identificación del grado de neuropatía mediante el uso de herramientas validadas:** cuestionario de evaluación de signos y síntomas.

- **Algoritmo de actuación:**

Con la ayuda del cuestionario, determinamos en qué grado de neuropatía se encuentra el paciente. El siguiente paso es determinar qué tipo de medidas farmacológicas y no farmacológicas, se van a llevar a cabo. Para ello es fundamental el uso de un algoritmo de actuación^{3,12,17}, que permita a los profesionales que integran el equipo, dar respuesta al problema de la CIPN de manera eficaz y consensuada, reduciendo la variabilidad de los cuidados.

Se diseña un algoritmo (*anexo 2*) en donde se realiza una clasificación de los distintos grados de neuropatía tomando como referencia el Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 3.

Para cada grado de neuropatía, se especifican las competencias propias tanto del personal de Enfermería como del personal facultativo.

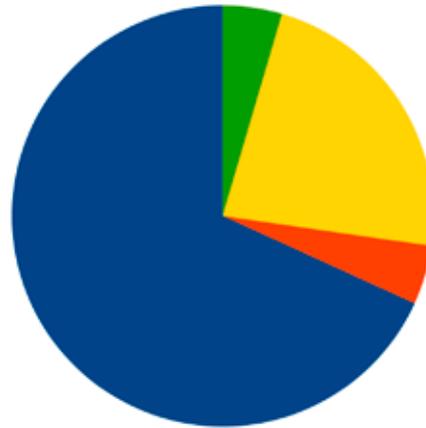
- **Guía de recomendaciones para los pacientes con riesgo de desarrollar CIPN:**

Las guías de recomendaciones para pacientes son de gran importancia al mejorar la comunicación entre el profesional y el paciente. Siguiendo estándares de calidad (programa de guías de <http://portal.guiasalud.es/web/guest/informacion-pacientes>), se

elabora una guía de recomendaciones para pacientes basada en la Guía de Práctica Clínica de la American Society of Clinical Oncology (ASCO): "Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical", encontrada en NGC (National Guideline Clearinghouse, Centro Nacional de Guías de EEUU), perteneciente a la AHRQ (Agency for Health Research and Quality, Agencia para la investigación y la calidad en salud). Posteriormente, se realizó una evaluación de dicha guía utilizando el instrumento AGREE II herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a los elaboradores y usuarios de guías de práctica clínica en la evaluación de



- No NP.
- NP grado 1.
- NP grado 2.
- NP grado 3.



Anexo 3. Pacientes con neurotoxicidad asociada a Bortezomib. (NP: Neuropatía Periférica).

la calidad metodológica de las guías: (www.agreetrust.org).

En dicha guía se contempla: información sencilla y clara acerca de la enfermedad, definición, síntomas, diagnóstico, pautas para el auto cuidado, orientación a familiares y cuidadores sobre el manejo de la enfermedad y enlaces de interés.

- **Questionario de evaluación de signos y síntomas de neuropatía periférica:**

En cada visita, es necesario realizar una valoración de la función motora, sensitiva y autonómica, antes y después del tratamiento, que nos permita conocer la aparición o agravamiento de la CIPN y determinar el grado de afectación^{9,15}. Además de la exploración física y la revisión de la historia clínica, es fundamental, preguntar al paciente por signos y síntomas. El reporte de los síntomas de neuropatía, a menudo resulta difícil para el paciente. Algunos autores sugieren que la neuropatía asociada al tratamiento con quimioterapia podría estar subestimada^{7,10,11,16}, ya sea por el personal sanitario que le atiende, como por los pacientes, quienes en ocasiones minimizarían sus síntomas por miedo a una potencial suspensión o reducción del tratamiento oncológico y, por lo tanto, de su beneficio.

Se elaboró un cuestionario, basado en escalas validadas utilizadas en

otros estudios^{15,17} como son: escala del National Cancer Institute-Common Toxicity Criteria (NCI-CTC) y la escala QLQ-CIPN creada en 2005 por la European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

Dicho cuestionario consta de diez preguntas (*anexo 1*). Para cada una de ellas, hay 5 posibles respuestas. A cada respuesta le corresponde una puntuación numérica. Cuando el paciente completa el cuestionario, se suma la puntuación dando por resultado un número que será anotado en la historia de Enfermería. Dicha puntuación nos permite comparar el estado del paciente en cada visita. Si el número se incrementa, será signo de alerta con respecto a aparición o deterioro de una CINP ya existente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras la implantación del primer protocolo de actuación que se llevó a cabo en pacientes con mieloma múltiple tratados con bortezomib, se observó que se produjo una reducción en la incidencia de CIPN (*anexo 3*), significativa con respecto a la bibliografía revisada^{11,13}.

Una limitación de la implantación de esta primera fase, puede ser que se ha aplicado a un grupo de pacientes con una patología y un tratamiento muy concretos, lo cual podría limitar la efectividad

al extrapolarla al resto de pacientes con riesgo de desarrollar CIPN.

En general, la elaboración y aplicación de protocolos en la práctica oncológica no sólo mejora la calidad asistencial sanitaria, sino que además reduce el número de procedimientos innecesarios en la misma^{8,12,13}.

El uso de las herramientas descritas en este protocolo como son el cuestionario ayudan a Enfermería a clasificar el grado de neuropatía como también se describe en otros estudios^{9,13,15}.

El algoritmo de actuación, potencia una acción integral y continuada, evitando variabilidad en la aplicación de los cuidados, puesto que mejora la comunicación entre profesionales^{12,13}.

La guía de recomendaciones para pacientes constituye un soporte escrito que ayudará a realizar una educación previa al paciente y/o cuidador principal. Este marco educativo resulta fundamental para el reconocimiento precoz de la CIPN y sus posibles complicaciones, facilitando el diagnóstico^{7,8,13}.

La elaboración de un nuevo protocolo de actuación específico para la CIPN es clave para el manejo de este síntoma que puede comprometer la calidad de

vida de nuestros pacientes, puesto que constituye una de los efectos adversos más frecuentes en los tratamientos anti-neoplásicos que se administran en las unidades de Hospital de Día.

Conocer el procedimiento garantiza no sólo una atención integral y de calidad, sino un entorno de seguridad fundamental y de cumplimiento del tratamiento

del usuario en respuesta a este posible efecto secundario.

Con la aplicación de este protocolo garantizamos un manejo óptimo de CIPN actuando en la detección de este síntoma para su posterior evaluación y gestión del mismo. Vamos a proporcionar no sólo una atención integral y de calidad sino un entorno de seguridad fundamental y de cumplimiento del tra-

tamiento del usuario en respuesta a este efecto secundario adquiriendo nuevas competencias y roles avanzados en este campo.

La aplicación y posterior evaluación de esta intervención liderada por Enfermería, puede ayudar al desarrollo de nuevas líneas de investigación en el control y tratamiento de la CIPN. ➔

BIBLIOGRAFÍA

1. Hershman, D. L., Lacchetti, C., Dworakin, R. H., Smith, E. M. L., Bleeker, J., Cavaletti, G., ... & Paice, J. (2014). Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *Journal of Clinical Oncology*, JCO-2013.
2. Pachman, D. R., Barton, D. L., Watson, J. C., & Loprinzi, C. L. (2011). Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Prevention and Treatment. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 90(3), 377-387.
3. Mary Collins, M. S. N., Linda Abbott, R. N., Julie Aschenbrenner, R. N., & Connie Hart, B. S. N. (2007). Putting Evidence Into Practice®: Evidence-based interventions for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Clinical journal of oncology nursing*, 11(6), 901.
4. Dropcho, E. J. (2010, July). Neurotoxicity of cancer chemotherapy. In *Seminars in neurology* (Vol. 30, No. 3, pp. 273-286).
5. Seretny, M., Currie, G. L., Sena, E. S., Ramnarine, S., Grant, R., MacLeod, M. R., ... & Fallon, M. (2014). Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *PAIN®*, 155(12), 2461-2470.
6. Aguilera-Muñoz, J., Arizaga-Cueta, E., Carpio-Rodas, A., Crump, J., Diaz-Heredia, F., Fernández, C. F., ... & Moyano, J. (2005). Guías de práctica clínica del dolor neuropático (II). *Rev Neurol*, 40, 303-16.
7. Cardona, A. F., Ortiz, L. D., Reveiz, L., Becerra, H. A., Arango, N., Santacruz, J. G., ... & Vargas, C. A. (2011). Neuropatía inducida por el tratamiento médico del cáncer. *Revista Médicas UIS*, 23(2).
8. Smith, E. M. L., Campbell, G., Tofthagen, C., Kottschade, L., Collins, M. L., Warton, C., ... & Visovsky, C. (2014, November). Nursing knowledge, practice patterns, and learning preferences regarding chemotherapy-induced peripheral neuropathy. In *Oncology nursing forum* (Vol. 41, No. 6).
9. Wolf, S. L., Barton, D. L., Qin, R., Wos, E. J., Sloan, J. A., Liu, H., ... & Loprinzi, C. L. (2012). The relationship between numbness, tingling, and shooting/burning pain in patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN) as measured by the EORTC QLQ-CIPN20 instrument, N06CA. *Supportive Care in Cancer*, 20(3), 625-632.
10. Morey, P. M., Llovel, M. C., Caro, M. N., Picó, J. N., & Boltó, M. V. (2012). Neurotoxicidad asociada a oxaliplatino en la práctica clínica asistencial. *Farmacia Hospitalaria*, 36(5), 336-342.
11. Velasco, R., & Bruna, J. (2010). Neuropatía inducida por quimioterapia: un problema no resuelto. *Neurología*, 25(2), 116-131.
12. Tofthagen, Cindy, Constance M. Visovsky, and Rachelle Hopgood. "Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: An algorithm to guide nursing management." *Clinical journal of oncology nursing* 17.2 (2013): 138-144.
13. Tariman, J. D., Love, G., McCullagh, E., Sandifer, S., & Board, I. N. L. (2008). Peripheral neuropathy associated with novel therapies in patients with multiple myeloma: consensus statement of the IMF Nurse Leadership Board. *Clinical journal of oncology nursing*, 12(3 0), 29.
14. Bertolotti, P., Bilotti, E., Colson, K., Curran, K., Doss, D., Faiman, B., ... & Mangan, P. A. (2008). Management of side effects of novel therapies for multiple myeloma: Consensus statements developed by the International Myeloma Foundation's Nurse Leadership Board. *Clinical journal of oncology nursing*, 12(3 0), 9.
15. Cavaletti, G., Cornblath, D. R., Merkes, I. S. J., Postma, T. J., Rossi, E., Frigeni, B., ... & Kalofonos, H. P. (2012). The chemotherapy-induced peripheral neuropathy outcome measures standardization study: from consensus to the first validity and reliability findings. *Annals of Oncology*, mds329.
16. Mohty, B., El-Cheikh, J., Yakoub-Agha, I., Moreau, P., Harousseau, J. L., & Mohty, M. (2010). Peripheral neuropathy and new treatments for multiple myeloma: background and practical recommendations. *haematologica*, 95(2), 311-319.
17. Rachelle Hopgood, M. S. (2013). Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: an algorithm to guide nursing management. *Clinical journal of oncology nursing*, 17(2), 138.



Entrevista a...



Begoña Delpon Omaechea

Manuel Olivares Cobo

Begoña Delpon Omaechea es trabajadora social del Hospital San Pedro de Logroño desde hace más de 13 años, ¿cuál es la función de una trabajadora social hospitalaria?

Pues somos los profesionales que asumimos, dentro del sistema de salud, la investigación de los factores sociales que inciden en el proceso salud/enfermedad, así como el tratamiento de los problemas sociales derivados de la enfermedad.

Nuestro trabajo parte de la derivación de otros profesionales sanitarios, los que más lo hacen sois las enfermeras y eso es así

porque sois las que más próximas están a los pacientes y sus familias. Hay que tener en cuenta que nuestro trabajo se centra en el grupo familiar. Para intervenir sobre los problemas sociales derivados de una enfermedad como el cáncer, hay que buscar y/o activar soluciones sociales más globales, que partiendo del individuo, pasan por la familia, la red próxima y llega a la red extensa. Y entre todo eso hay que activar los recursos públicos de ayuda, desde salud a servicios sociales e incluso de ONG's y privados si el paciente dispone de recursos.

En nuestro hospital tanto las enfermeras de hospitalización, como de hospi-

tal de día y consultas, pueden rellenar el formulario de valoración de riesgo social dentro del sistema informático en cualquier franja horaria, simplemente picando sobre el icono correspondiente y seleccionando dentro de un combo multiselección la causa del mismo (uno de ellos enfermedad oncológica) acumulándose en un buzón que es descargado diariamente al inicio de la jornada laboral en unos listados de trabajo y que suponen el inicio de nuestra intervención con cada paciente-familia.

También puede partir a solicitud de paciente o familia; pero es fundamental la derivación de los profesionales de

enfermería que son la mayoría de los casos. En todo caso, antes de la entrevista con el paciente, siempre hablamos con la persona derivante, la mayoría de los casos la enfermera.

¿Cuál ha sido tu trayectoria profesional como trabajadora social?

Desde que comencé a trabajar tuve contacto con la Unidad de Oncología de nuestro Hospital. Lo cierto es que, como hija de médico, había tenido mucho contacto con el hospital, pero no con la oncología y enseguida me conquistó. Es probablemente, una de las especialidades donde más contacto tenemos con los pacientes desde la unidad de trabajo social hospitalaria, ya que los propios pacientes tienen un vínculo especial con el centro. Desde el comienzo con el diagnóstico, hasta los ingresos, tratamientos en hospital de día... es un trabajo intenso pero muy gratificante a nivel personal.

Se nos plantean todo tipo de solicitudes: gestiones administrativas de IT, relaciones familiares, problemas socioeconómicos y muchos interpersonales.

¿Cuándo y cómo comenzaste a tomar conciencia de los pacientes oncológicos y sus necesidades?

Vosotros sabéis, mejor que yo, que la presencia de la enfermedad oncológica en un miembro de la familia vulnera la seguridad en ellos mismos dado que pone de manifiesto su estado de fragilidad. Y las reacciones, pueden ser múltiples y tienen que ver con el estilo de esa familia.

Nos encontramos con dificultades en aspectos en cuanto a la estructura y

organización de las familias, en cuanto a las relaciones familiares, personales, en cuanto a la capacidad emocional de las personas y sus familiares y no podemos olvidar las repercusiones socioeconómicas de la enfermedad.

¿Cómo se os ocurrió poner en marcha un grupo de autoayuda de pacientes oncológicos dentro del hospital? ¿Qué tareas hubo que realizar? ¿Cómo funciona y qué fines tiene?

En el hospital hace unos años, Jesús Santamaría, un sacerdote de La Rioja fue diagnosticado de cáncer y de esa enfermedad salió un proyecto tan bonito y tan satisfactorio y enriquecedor como el grupo de autoayuda. Puso toda su energía y tesón en sacar adelante el proyecto y no paró de llamar a las puertas hasta que consiguió ponerlo en marcha. Fueron días de hablar con la dirección del centro, de organizar su funcionamiento, de darle forma a todo y de ponerlo en marcha.

Se puso en contacto con nuestra unidad y Albina, una de las trabajadoras sociales del hospital, con muchos años y mucha experiencia a nivel profesional y personal colaboró también en el proyecto.

Jesús se despidió del grupo antes de fallecer y es ahí cuando Albina, retoma el vínculo con el grupo y con ella de la mano las otras dos que componemos el equipo.

El grupo se reúne un día a la semana, pueden acudir tanto enfermos como familiares (quienes pueden continuar en él, incluso tras el fallecimiento de sus familiares). En él se da voz a todos los miembros; eso resulta siempre algo muy

enriquecedor. La agilidad y dinamismo, la sabiduría compasiva son la esencia del grupo. Se tienen siempre presentes a los miembros que ya no están (una foto de cada uno de ellos preside las reuniones) y se acoge a los nuevos que se incorporan. Los fines son dar apoyo mutuo entre los pacientes y sus familias, cada uno desde su experiencia personal y siempre con el máximo respeto posible al otro, o sus experiencias.

¿Cómo ves a las enfermeras de oncología?

Las enfermeras de oncología son COMPAÑEROS, así en mayúsculas. No entiendo mi trabajo sin la colaboración con el colectivo de enfermería. Son los profesionales que más tiempo están en contacto con el enfermo y su familia y quienes hacen la detección de las necesidades. Nuestro protocolo establecido desde hace más de 20 años, cuando enfermería detecta una necesidad o un riesgo a nivel social nos avisa para nuestra intervención. La información y la colaboración es de doble sentido y siempre es satisfactoria.

¿Hay algo más que te gustaría añadir?

Sólo me gustaría daros las gracias por esta oportunidad de explicar nuestro trabajo y de cómo en nuestro hospital somos una parte más del equipo de oncología. ☺



Modelo de gestión clínica en UNIDADES INTERCENTROS DE ONCOLOGÍA

Autores:

Antonio Zamudio Sánchez.

Coordinador de Cuidados de UGCI de Oncología de Málaga.

Pablo Fernández Plaza.

Supervisor de hospitalización de UGCI de Oncología de Málaga.

Miguel Ángel Sánchez Lozano.

Supervisor del área ambulatoria de UGCI de Oncología de Málaga.

Débora García Sánchez.

Enfermera de Investigación de UGCI de Oncología de Málaga.

Pilar Camarero Gómez.

Enfermera de UGCI de Oncología de Málaga.

Departamento: Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología de Málaga.

Centro: Hospitales Virgen de la Victoria y General de Málaga.

Contacto: Pilar Camarero Gómez. pcamarerog@gmail.com

RESUMEN

Antecedentes: la gestión clínica precisa de una adaptación de la organización asistencial donde se prioriza la intervención del clínico en la gestión. El nuevo mapa de Unidades de Gestión Clínica, configurado en Andalucía precisa de modelos organizativos adaptados al nuevo escenario que permita una mayor eficiencia.

Objetivos: establecer un modelo de organigrama organizativo de enfermería adaptado a la Gestión Clínica en Unidades Intercentros, que permita optimizar los resultados, una gestión eficiente de recursos, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, así como dar visibilidad a la investigación y formación.

Metodología: se establecen estrategias que permitan alcanzar los objetivos esta-

blecidos, ello conlleva un cambio organizativo en el área de enfermería, así como la creación de grupo de trabajos intercentros por área.

Palabras clave: gestión clínica, eficiencia, organización asistencial.

ABSTRACT

Background: clinical management requires an adaptation of the health care organization in which the priority is given to clinical intervention in management. The new map of Clinical Management Units set in Andalusia requires organiza-

tional models adapted to the new scenario that allows greater efficiency.

Objectives: to establish a model of nursing organizational chart adapted to Clinical Management in Inter-centre Units, that optimizes the results, enables an efficient management of resources, reduces

variability in clinical practice and gives visibility to research and training.

Methods: strategies to achieve the stated objectives are established, this implies an organizational change in the nursing area, and the creation of inter-centre work groups in every area.

INTRODUCCIÓN

El concepto de gestión clínica aparece por primera vez como estrategia de calidad en 1997, introducido por el National Health Service británico que lo incorpora en el libro blanco del gobierno¹, y comienza a establecer medidas, como el nombramiento de una serie de clínicos de prestigio para elaborar políticas a seguir, la incorporación de clínicos en los órganos de dirección de los *trusts*, y la constitución del National Health Service Leadership Centre, que promueve el desarrollo del liderazgo en los equipos clínicos.

En nuestra sociedad, nadie discute que las demandas de los ciudadanos van a seguir creciendo como consecuencia de dos factores fundamentales: el envejecimiento de la población y el desarrollo de nuevas tecnologías derivadas del progresivo desarrollo científico-técnico en el campo sanitario². A estos factores se une el incremento de los costes y la creciente participación de los usuarios en las decisiones sobre cómo mantener su estado de salud, así las instituciones sanitarias se deben preparar para dar respuestas a estos cambios en las necesidades asistenciales³. En estas circunstancias, los responsables de los sistemas sanitarios dan más competencias al gestor clínico, con la finalidad de acercar la toma de decisiones a la persona al grupo de personas competentes en el proceso clínico⁴.

En este contexto surge en nuestro país la gestión clínica (GC) como una inicia-

tiva dirigida a optimizar los resultados de la actividad clínica. Tradicionalmente, la práctica clínica se inicia con la valoración y diagnóstico del paciente, continúa con el plan terapéutico y dura mientras se mantiene la relación profesional-paciente. En este proceso el profesional moviliza los recursos necesarios para conseguir las mejoras posibles en la situación de salud de los pacientes⁵.

Así pues la GC se define como el uso de los recursos, intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos y están en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas⁶.

La GC incorpora los resultados de la investigación a la práctica clínica, orienta los servicios a los usuarios y permite la interiorización del coste de oportunidad de las actuaciones de los clínicos, es decir, la evaluación del beneficio obtenido con lo que se deja sin hacer, cuando ésta es la mejor alternativa posible. Esta última afirmación parte del hecho de que la asignación del 70% de los recursos sanitarios se realiza en condiciones de incertidumbre diagnóstica y terapéutica⁷.

Autores como Roman Cereto et al. describen los beneficios que reporta la gestión clínica⁸:

1. Ciudadanos: mejora la accesibilidad física y burocrática mediante la reducción de la demora y la evaluación de la satisfacción. Prioriza la atención

personalizada y el trato humano y permite determinar los beneficios en la salud de la población, en términos de coste-beneficio.

2. Gestores: posibilita la optimización de recursos y el control de costes mediante el uso racional y consensuado, basado en evidencias, de los recursos existentes. La transparencia aporta credibilidad y legitima la prestación de servicios sanitarios. Contribuye al compromiso y la implicación de los profesionales con los objetivos de la institución.

3. Profesionales asistenciales: permite la autonomía en la relación profesional-paciente. Contribuye al desarrollo de la carrera profesional, y la estandarización de cuidados y la implementación de guías de práctica clínica permiten establecer estrategias de benchmarking entre centros, unidades y profesionales en términos de coste-efectividad, posibilitando la reasignación de recursos hacia los centros asistenciales.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS), entre los años 2007-2014 implanta y consigue indudables avances en aspectos muy relevantes tanto de índole estructural como funcional, como:

- La configuración del Mapa de Unidades de Gestión Clínica: 100% de cobertura.
- La creación de Unidades de diferentes áreas de conocimiento, entre diferentes Centros y entre niveles asistenciales.
- La aceptación del modelo de GC entre los profesionales.

FORTALEZA	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Buena cualificación profesional. Buena cultura investigadora. Trayectoria asistencial valorada por la sociedad. Cultura previa de trabajo según Procesos Normalizados de Trabajo (PNTs). Cultura de trabajo multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> Desmotivación del personal de origen económico y no económico. Recursos limitados. Incertidumbre nuevo modelo. Culturas organizativas y de trabajo diferentes entre los centros. Dispersión geográfica.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> Posibilidad de sistematizar la asistencia. Construcción de estructura de investigación altamente competitiva. Posibilidad de creación de una estructura de formación de calidad. Posibilidad de intercambio de conocimientos y experiencia profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro económico que repercute en la motivación de profesionales. Dificultad de implantación de incentivos verdaderamente aceptado por profesionales. Desmotivación profesional por falta de pertenencia.

Tabla 1. Análisis DAFO.

Además, explicitó una definición de GC; “La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica” y estableció, criterios para la constitución de Unidades de GC.

Clasificó, así mismo, a las Unidades en cuatro configuraciones diferenciadas: de Atención Primaria, de Atención Hospitalaria, Interniveles e Intercentros⁹, atendiendo a las características de los Centros en que se ubican y del nivel asistencial en el que ejercen sus actividades.

En las Unidades de Gestión Clínica Intercentros (UGCI), unidades que aglutinan varias Unidades Clínicas, ubicadas en diferentes centros asistenciales de un mismo nivel asistencial, de áreas de conocimientos básicamente similares. Aportan como beneficios:

- Para los profesionales, la posibilidad de compartir conocimiento, tecnología y carteras de servicios: técnicas y procedimientos.
- Para los usuarios, mayor accesibilidad, una distribución más equitativa de los servicios y un más ágil acceso a los mismos.

- Para la organización, los beneficios potenciales surgen de compartir el uso de los recursos materiales, tecnológicos, el conocimiento y la investigación traslacional.

Todo esto no es posible sin unos criterios comunes de praxis clínica y una gestión auténticamente compartida por criterios de disponibilidad para los usuarios y los profesionales de idénticos recursos ante igual necesidad¹⁰.

Establecido este escenario se crea la UGCI de Oncología en Málaga, que incluye las unidades clínicas de Oncología de los hospitales Virgen de La Victoria y Regional de Málaga.

OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer un modelo en el organigrama organizativo de enfermería, adaptado a la Gestión Clínica Intercentros, que permita optimizar los resultados la UGCI de Oncología de Málaga.

Objetivos específicos

- Gestión eficiente de recursos.
- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica.

- Potenciar la formación e investigación.

Metodología

En el momento de la creación de la UGCI, el organigrama de cargos intermedios de enfermería era de un supervisor en el área y centro hospitalario. Esta estructura organizativa dificultaba la funcionalidad intercentros, era una continuidad en las culturas organizativas clásicas establecidas en cada centro hospitalario, con unos Procesos Normalizados de Trabajo (PNTs) y protocolos propios en cada centro.

Se realiza un análisis DAFO, que nos sea de referencia en nuestras estrategias (tabla 1).

Por otro lado analizada la estructura organizativa clásica (imagen 1), se observa que los propios centros actúan como nichos, que dificultan la disminución de la variabilidad de la práctica clínica y una gestión de recursos eficientes, existen grandes diferencias en los protocolos y PNTs, de igual forma en los almacenes de fungibles de uso en las unidades de cada centro. Las reuniones establecidas entre los cargos intermedios, de forma trimestral para seguimiento de actividad asistencial

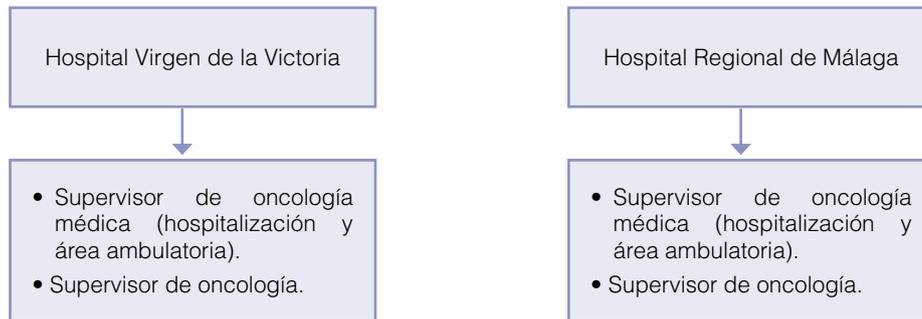


Imagen 1.

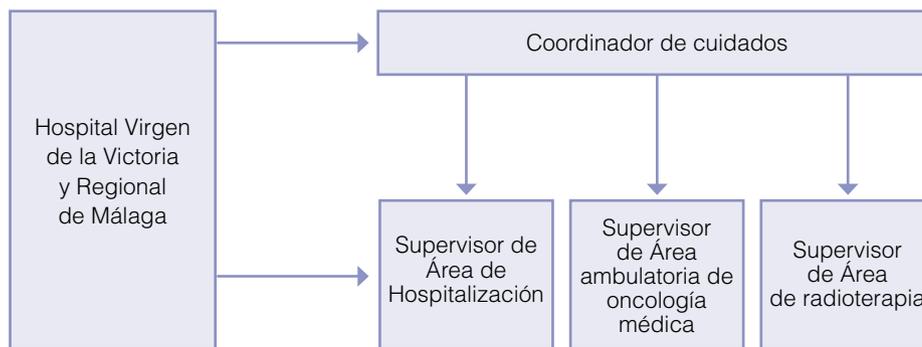


Imagen 2.

y objetivos de la Unidad, no facilitan los objetivos establecidos. Así como tampoco es funcional crear una estructura formativa y de investigación sólida.

Se plantean dos estrategias, como pilares de la transformación de una gestión clínica clásica a una adaptada al escenario real, de una Unidad de Gestión Clínica Intercentros.

1. Cambio de organigrama de cargos intermedios de enfermería (imagen 2).

Esta estrategia ha permitido impulsar el liderazgo de cuidados dentro de nuestra unidad, centrado en la figura del coordinador de cuidados, liberado éste, de la gestión directa de recursos humanos y materiales, lo que permite centrar su actividad en una serie de líneas de trabajo:

- Establece las líneas estratégicas y funcionales de la Unidad, en el ámbito de enfermería.

- Crea un programa formativo acreditado adaptado a las necesidades de los profesionales de la UGCI, así como para los profesionales de nueva incorporación en periodo vacacional.
- Liderar las líneas de investigación de la Unidad.

Los supervisores de área se establecen de forma transversal para ambos centros, lo que permite trabajar de forma más específica en:

- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica.
- Unificación de catálogos de almacenes de consumo.
- Gestión de recursos humanos.
- Gestión de recursos materiales.

2. Creación de grupos de trabajo intercentros por área de producción.

Se han establecido grupos de trabajo en las áreas de hospitalización, hospital de día y radioterapia, formados por

enfermeras y auxiliares de enfermería para desarrollar PNTs y protocolos unificados.

RESULTADOS

Las estrategias implementadas, han tenido reflejo en las áreas asistenciales, tanto en la calidad como en seguridad clínica. Así como en la potenciación en nuestra unidad de la investigación y la formación.

- Desarrollo de dos proyectos de investigación, uno de ellos multicéntrico.
- Implementación de un programa de formación acreditado, con carácter anual.
- Actualización de Procesos de Trabajo Normalizados, unificados.
- Actualización de protocolos de administración de quimioterapia y terapias biológicas de forma unificada.
- Actualización de protocolos de riesgo de caídas y mantenimiento de dispositivos de accesos venosos en el área de hospitalización.

- Desarrollo del programa de estrategia de seguridad clínica.
- Unificación de los catálogos de almacenes de fungible.
- Mejores resultados en el área de hospitalización en el uso de la metodología enfermera en la planificación de cuidados (96%).
- Reducción del gasto de material fungible en un 23,37%.
- Desarrollo de un programa de seguimiento nutricional, a través de una plataforma virtual, para pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición, al alta hospitalaria.
- Implementación de un programa de terapias complementarias.
- Desarrollo del proyecto de Enfermera de Prácticas Avanzadas en Oncología.
- Desarrollo del programa de acreditación de la UGCI.

DISCUSIÓN

En este proceso de rediseño realizado en nuestra organización asistencial, establecemos como, otros autores¹¹, cuatro elementos de gestión clínica enfermera que resultan esenciales para el proceso de cambio efectuado y la consecución de objetivos.

1. Estrategia y visión, mediante las cuales nos permite a las enfermeras identificar el marco de acción y los objetivos a perseguir, sujetos a constante cambio, para obtener los mejores resultados de salud para el paciente. Ésto sustentado en unos sistemas de información inteligentes que nos permiten la medida de resultados y la comprensión del impacto económico de las decisiones en materia sanitaria.

2. Cultura organizativa, que incorpore valores, expectativas, ética y comportamientos adaptados a los nuevos escenarios. Al mismo tiempo con una atención de excelencia que obtega resultados satisfactorios para el paciente y su población.
3. Trabajo colaborativo, entre los diferentes grupos profesionales y niveles asistenciales, participando las enfermeras de forma activa en todos los órganos de tomas de decisiones.
4. Liderazgo, sustentado en la disciplina, responsabilidad, cuidado, espíritu crítico y la perseverancia, que nos permite alcanzar las más altas cotas de calidad en la atención a los usuarios. ➔

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretary of State of Health. The new NHS. London: Stationery Office; 1997.
2. Matesanz R. Gestión Clínica: ¿por qué y para qué?. Med Clí (Barc) 2001; 117: 222-226.
3. Font D., Piqué J.M., Guerra F., Rodés J. Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. Med Clí (Barc). 2008;130(9):351-6.
4. Varela J., Castells X., Iñiesta C., Cots F. Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas. Med Clí (Barc). 2008; 130(8):312-8.
5. Pérez Lázaro J.J., et al. Gestión Clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002;17(5):305-11.
6. Pérez Lázaro J.J. Proyecto de gestión clínica. Asesoría para la elaboración del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: biblioteca de

la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1998.

7. Ortún V. Medicina basada en la evidencia. Posibilidades y limitaciones. En: Solas O., Silió F., coordinadores. Los retos directivos ante la gestión de la efectividad. Granada: EASP; 2000. P. 19-50.
8. Roma Cereto M., Siering F. Argumentos para las unidades de gestión clínica. Enfermería Clínica. 2005;15(4):237-41.
9. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Servicio Andaluz de Salud. Gestión Clínica: Unidades de Gestión Clínica. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesaludugcactivas/buscaugc.sap>. Consultado 9 de marzo de 2016.
10. Marco Actual de desarrollo de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud. Publicaciones EASP. Documento

en internet. Disponible en: file:///C:/Users/hbhema03/Downloads/Marco_actual_de_Desarrollo_de_la_Gesti%C3%B3n_Cl%C3%ADnica_en_el_SAS.pdf Consultado el 10 de marzo de 2016.

11. Zabalegui Adelaida. Gestión clínica y del conocimiento enfermero en proceso de cambio. Enferm Clí. 2014;24(4):209-210.



Nuestr@s compañer@s del...

Hospital de Día de Oncología HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS



Rosabel Escamilla y Manuel Olivares

El Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), ubicado en Oviedo, pertenece al Área Sanitaria IV y es hospital de referencia en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Su sede actual, que integra prácticamente todos los servicios en un único edificio, fue inaugurada a lo largo del mes de Junio de 2014. Abarca una población sanitaria de 342.336 habi-

tantes y está equipado con 1324 camas instaladas.

La distribución de los recursos sanitarios es la siguiente:

- 19 Centros de Salud.
- 30 Consultorios Periféricos.
- 10 Consultorios Locales.
- 1 Unidad de Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU).

- 3 Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos.
- 1 Equipo de Atención Psicosocial (EAPS).
- 2 Hospitales de Área.

Asturias tiene una larga tradición en oncología, tanto en su faceta de investigación como terapéutica. En 1963 ya se establecen los primeros contactos con la Junta Nacional de Lucha contra el Cán-



cer buscando su apoyo en el proyecto de instalación de cobaltoterapia en Asturias. En 1965 se crea un Comité Oncológico y en 1967 se logra la creación de un centro oncológico regional en el Hospital General de Asturias. En 1972 se pone en marcha un Servicio de Quimioterapia, completando de esta manera los servicios oncológicos.

Entre los servicios que prestamos se encuentran:

- Administración de citotóxicos (una media de 65 pacientes diarios) y hemoderivados.
- Realización de paracentesis y toracocentesis.
- Participación en ensayos clínicos.
- Implantación de vías de acceso venoso central (PICC y reservorios).
- Otro tipo de procedimientos: extracciones, curas, seguimiento de vías venosas centrales, controles post-biopsia...

Nuestro Hospital de Día de Oncología (HDO) se encuentra ubicado en la planta N+0 del HUCA. Está dotado con 24 sillones (distribuidos en 4 boxes) y 4 camas, estas últimas compartidas con el Hospital de Día Hematológico.

Además, disponemos de una sala de técnicas (para implantación de catéteres

venosos centrales) y una Sala de Curas. El horario de lunes a jueves es de 8 a 19 y los viernes de 8 a 17 horas. La actividad de los lunes (de 8 a 9 horas) y viernes (de 8 a 8,30 horas) es organizativa y formativa.

Contamos con una dotación personal de:

- 1 supervisora.
- 8 enfermeras.
- 2 auxiliares de enfermería.
- 1 administrativo.

Las consultas de oncología (12) y la consulta de enfermería, se encuentran ubicadas en un piso inferior a nuestro hospital de día.

En el marco del desarrollo de enfermería, podemos destacar la participación del hdo en el proyecto multicéntrico "Flebitis Zero" (impulsado y coordinado por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HUCA).

También nos gustaría mencionar que hemos comenzado, en colaboración con EAPS (Equipo de Atención Psicosocial), un programa mensual con una duración de 9 meses para favorecer la comunicación y habilidades sociales entre los profesionales sanitarios del hospital de día. ➡

PÁGINAS WEB DE INTERÉS

1. Memoria SESPA 2014; pág. 12
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/Memorias/Memoria_SESPA_2014.pdf
2. Página HUCA; Estructura y Equipamiento
http://www.hca.es/huca/web/main.asp?id_pagina=3
3. Memoria Sespa 2014; página 242
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/Memorias/Memoria_SESPA_2014.pdf
4. Astursalud; Situación del Cáncer en Asturias
<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62-567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=be1e54cba9ee8410VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=05b76be697698210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
5. Norma Funcional del Hospital de Día Oncológico.



Antonio Zamudio



LAS SUPERVIVIENTES EN MAMA NECESITAN ATENCIÓN COMPARTIDA

Realizar el seguimiento de forma colaborativa y coordinada de las pacientes entre atención primaria y especializada es una necesidad asistencial, según los expertos consultados por Diario Médico. ■



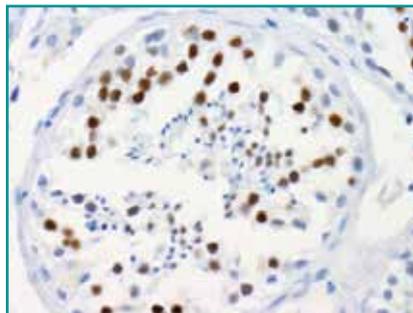
PACIENTES DE MAMA PIDEN FRE-NAR DESIGUALDADES, INVESTI-GACIÓN Y ASISTENCIA A LARGOS SUPERVIVIENTES

Una atención integral, multidisciplinar que no entienda de inequidades y que fomente la investigación y la existencia de un registro homogéneo y actualizado de tumores, son algunas de las reivindicaciones de la Federación Española de Cáncer de Mama (Fecma), a propósito del Día Internacional del Cáncer de Mama y con el apoyo de SEOM, Geicam y Solti. ■



LA BIOPSIA LÍQUIDA CONFIRMA SU UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE COLON

Los datos que aporta la biopsia líquida servirán tanto para el diagnóstico como para la monitorización de los pacientes. ■



IDENTIFICAN UNA NUEVA DIANA EN LA PROTEÍNA NSD2 CONTRA EL CÁNCER DE PULMÓN

La anomalía hallada en NSD2, una proteína epigenética implicada en tumores, podría generar nuevos fármacos. ■



EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA SE DEBE A LA TERAPIA Y NO A LOS CRIBAJES

Según un estudio del Instituto Dartmouth, la mejora en los tratamientos de cáncer de mama ha supuesto un descenso de la tasa de mortalidad en dicha enfermedad. ■



LA CRIOABLACIÓN RESUELVE CON ÉXITO EL TUMOR ÓSEO DE COLUMNA

Las metástasis óseas, en el punto de mira de siguientes indicaciones. La crioterapia elimina por primera vez en España el osteoblastoma. ■



COMPLICACIONES RESPIRATORIAS. Tos y fallo respiratorio

DESCRIPCIÓN

La disnea se define como la sensación subjetiva de falta de aire o percepción desagradable de dificultad respiratoria.

Es uno de los síntomas más frecuentes en pacientes con cáncer avanzado en general, llegando a padecerlo el 50% de estos pacientes. Afecta a más del 80% de los enfermos con cáncer de pulmón en fases terminales de la enfermedad. Por otro lado la incidencia y severidad del síntoma es directamente proporcional al progresivo avance de la enfermedad.



ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

Las causas pueden estar relacionadas directa o indirectamente con la presencia de la enfermedad tumoral, con los tratamientos recibidos o con otras causas no relacionadas con el cáncer:

- **Causa Tumoral:** tumor o metástasis en el parénquima pulmonar, obstrucción de la vía aérea principal, linfangitis carcinomatosa, derrames pleurales y pericárdicos, síndrome vena cava superior, ascitis a tensión, grandes masas abdominales, anemia y debilidad terminal.
- **Secundario a Tratamientos:** neumonectomía, fibrosis o neumonitis post-radioterapia, debida a fármacos (Bleomicina).
- **Otras Causas:** OCFA, ansiedad, insuficiencia cardíaca, deformidades anatómicas, fibrosis pulmonar, neumotórax, TEP, infecciones pulmonares.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la disnea y la insuficiencia respiratoria precisa de un abordaje global. Se debe utilizar básicamente:

- **Medidas generales:**
 - Maniobras tranquilizadoras.
 - Oxigenoterapia.
 - Ansiolíticos.
- **Prevención de Causas:**
 - Estrés.
 - Fiebre.
 - Estreñimiento.
- **Medidas Farmacológicas:**
 - Ansiolíticos.
 - Opioides.
 - Corticoides.
 - Tratamiento etiológico: antibióticos, broncodilatadores, diuréticos, antitérmicos, drenaje de derrames, cardiotónicos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Educar al paciente y familia sobre la aparición de disnea y cómo manejarla hasta llegar al recurso pertinente.
- Manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos y cuándo consultar.

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. 213.





M^a Dolores Fernández



El artículo disponible on-line de la ONS lleva por título "Evaluación de políticas de vacunación de empleados en clínicas de oncología ambulatoria: un estudio piloto". Los objetivos de este artículo son identificar las políticas de vacunación de los empleados en clínicas de pacientes ambulatorios de oncología en Utah e identificar qué consecuencias, si las hay, están presentes para los empleados no vacunados. Se trató de un estudio transversal y descriptivo en el que se pidió a los gerentes de las clínicas de oncología ambulatoria, a través de un cuestionario, describir la política de vacunación de los empleados de la clínica y las consecuencias de la denegación de la póliza. Las conclusiones fueron que la mayoría de las políticas de vacunación se aplican a los empleados principalmente asignados a trabajar en el área de atención directa al paciente. Más comúnmente, las vacunas contra la influenza y la hepatitis B fueron requeridas como parte de la política de vacunación. La mayoría de los gerentes ofrecieron vacunas gratuitas a los empleados, pero la mayoría de los gerentes también permitieron a los empleados rehusarse a seguir la política de vacunación por razones médicas, religiosas o personales. Como implicación para la práctica se recomienda respaldar las recomendaciones de las vacu-

nas de los trabajadores de la salud de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y colaborar con los encargados de la formulación de políticas clínicas para promulgar y aplicar políticas de vacunación estrictas, oponerse a las políticas que permiten a los trabajadores de la salud a rechazar las vacunas por razones personales y adaptar las políticas de vacunación establecidas de los hospitales locales al establecimiento ambulatorio de oncología.

Las bajas tasas de vacunación entre los trabajadores de salud en ambientes ambulatorios podrían ser problemáticas, poniendo a los pacientes y a los trabajadores de salud en riesgo de enfermedades prevenibles. Las bajas tasas de vacunación en el entorno oncológico son particularmente problemáticas porque éstos cuidan a pacientes inmunocomprometidos. Para proteger la salud de los pacientes sometidos a tratamientos oncológicos, los trabajadores de la salud tienen la obligación profesional de vacunarse plenamente y de llevar un cambio de política que influya positivamente en la salud y la seguridad de los pacientes, en particular de los inmunocomprometidos. ■



El suplemento de la ONS de octubre de 2016 sobre el tratamiento del Glioblastoma se centra en el glioblastoma y las opciones de tratamiento disponibles, incluyendo terapia de campos de tratamiento de tumores. El

glioblastoma es un tipo de cáncer cerebral agresivo con mal pronóstico. Avances significativos en la comprensión de la patología molecular del glioblastoma y las vías de señalización celular asociadas han abierto oportunidades para nuevas terapias para la enfermedad recurrente y recién diagnosticada. Entre varios artículos uno sobre el panorama general y el tratamiento que incluye una revisión de antecedentes, riesgos, complicaciones y opciones de tratamiento que confirman que a pesar de la resección agresiva y el tratamiento combinado la mayoría recurren aunque existen opciones de tratamiento prometedoras como las terapias dirigidas o la inmunoterapia.

Otro artículo nos habla sobre la nueva terapia de campos de tratamiento de tumores (TTFields) administrada a través de un dispositivo no invasivo en pacientes con glioblastoma recurrente y en combinación con temozolomida para el tratamiento de GBM de diagnóstico reciente demostrando por primera vez que estos pacientes tienen una opción de tratamiento que ha demostrado aumentar la supervivencia con efectos adversos mínimos.

Y otro nos habla del Optune® un dispositivo que utiliza terapia de tratamiento de tumores (TTFields) y las aplicaciones prácticas para Enfermería ya que continúa ganando aceptación en el ambiente de la práctica clínica. Ésto incluye la importancia de la adherencia terapéutica continua diaria ya que optimiza los resultados del paciente. Las enfermeras son miembros clave del equipo de tratamiento multidisciplinar que administra a los pacientes y están bien equipadas para educar a los pacientes y cuidadores sobre el uso y los beneficios de la adhesión a TTFields. ■



El número de Noviembre *Seminars in Oncology Nursing* está dedicado a los grupos de síntomas con varios artículos como uno que trata de definir qué es un grupo de síntomas y hasta dónde hemos llegado a través de la revisión y síntesis de la literatura e identificar brechas de conocimiento. Se ha desarrollado un sólido conjunto de investigaciones que demuestran que los grupos de síntomas pueden identificarse empíricamente con evidencias modestas de convergencia entre métodos. La ciencia se beneficiaría de un esfuerzo coordinado de estudios cualitativos para asegurar que se evalúen los síntomas apropiados. El trabajo es necesario para demostrar el valor de la identificación del grupo de síntomas en la guía de la evaluación de los síntomas y la gestión de los pacientes con cáncer y los supervivientes.

Otro artículo nos habla de las bases biológicas para la agrupación de los síntomas ya que es necesaria para desarrollar terapias de precisión para los síntomas angustiosos. En esta revisión se examinó la literatura existente que evalúa las relaciones entre biomarcadores y grupos de síntomas en supervivientes de cáncer. Los biomarcadores relacionados con la inflamación (por ejemplo, citoquinas) fueron los más estudiados y mostraron las relaciones más significativas con grupos de síntomas. Esta revisión sugiere que la agrupación de los síntomas relacionados con el cáncer o la terapia del cáncer está vinculada a las vías inmunitarias / inflamatorias y esto puede guiar futuras intervenciones de enfermería para el manejo de los síntomas.

Otro nos habla de la evaluación de múltiples síntomas ocurridos de cáncer en el entorno clínico para analizar los múltiples síntomas coexistentes del cáncer, revisar los instrumentos de evaluación de los síntomas, identificar métodos innovadores para integrar la evaluación y el

manejo de los síntomas en el contexto clínico y examinar las barreras y facilitadores para la implementación de la evaluación de síntomas y el uso de guías de práctica clínica. A pesar de la disponibilidad de instrumentos breves, fiables y válidos, la evaluación de los síntomas no se ha integrado como un aspecto rutinario de la atención clínica. Las nuevas tecnologías y los cambios en las políticas de salud proporcionan un entorno óptimo para integrar la evaluación y la gestión de los síntomas de forma electrónica en la atención del cáncer y pone a la enfermera oncológica como llave principal en la identificación temprana y manejo de los síntomas más angustiosos. ■



En el volumen de Octubre de *European Journal Of Oncology Nursing* destacaremos tres artículos.

Uno sobre trayectorias y predictores del rasgo y estado de la ansiedad de los pacientes que reciben quimioterapia para el cáncer de mama y colorrectal en un estudio longitudinal de 137 pacientes. Partiendo de que los niveles eran elevados, tanto el rasgo como el estado disminuyó con la progresión del tratamiento, lo que contradice la noción de estabilidad del rasgo con el tiempo y la línea de base rasgo de ansiedad de los pacientes fue el único predictor significativo de la ansiedad durante todo el tratamiento. Las intervenciones conductuales / psico-sociales introducidas pre-quimioterapia podrían ayudar a reducir la ansiedad del paciente durante todo el tratamiento.

Otro artículo nos habla de la relación entre el estado de la herida y el dolor maligno en pacientes con cáncer de mama. Los pacientes con heridas malignas experimentan numerosos síntomas, incluyendo dolor grave en la herida. De los 22 pacientes estudiados el 81,8% de los pacientes se quejó de dolor y de éstos, el 40,9% experimentó dolor pun-

zante de forma continua. 9 pacientes habían usado fármacos antiinflamatorios no esteroideos y 7 pacientes habían tomado opioides para el dolor de forma regular. El dolor de la herida se correlacionó significativamente con la degradación de los bordes de la herida, tejido de granulación, y el intervalo de tiempo para el cuidado de heridas. Es necesario proporcionar cuidado de control del dolor centrado en el borde y tejido de granulación de heridas de las heridas malignas a través de la evaluación del dolor de la herida maligna y condición.

Por último un artículo sobre la influencia de los síntomas en la calidad de vida de los pacientes que han sido sometidos a cirugía de cáncer de esófago. Después de la esofagectomía, los cambios anatómicos y pérdida de la función inducen diversos síntomas que pueden afectar a la calidad de vida. El propósito de este estudio fue identificar los factores que influyen en la calidad de vida en 120 pacientes coreanos que han sido sometidos a cirugía de cáncer de esófago. Se utilizó la EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-OES18 para medir los síntomas relacionados con el cáncer de esófago y la calidad de vida de los participantes. Se investigó la relación entre los síntomas relacionados con el cáncer de esófago y calidad de vida en pacientes de cirugía de cáncer. Los problemas de disfagia y alimenticios se confirmó que eran los síntomas más comunes que afectan a la calidad de vida. Estos resultados se pueden utilizar para ayudar en el desarrollo de estrategias para mejorar la gestión de los síntomas ya que la gestión eficaz de estos síntomas conduce a mejoras en la calidad de vida. ■



El volumen de Septiembre-Octubre de *Cancer Nursing* la portada destaca cuatro artículos. El

primero nos habla de las propiedades psicométricas de la versión china de la Escala de Fatiga de la Infancia. La disponibilidad de un instrumento válido y fiable que evalúa con precisión el nivel de fatiga en los sobrevivientes de cáncer infantil es un requisito previo para el desarrollo y evaluación de las intervenciones diseñadas para reducir la fatiga. Se estudiaron 200 niños reclutados en una clínica para pacientes ambulatorios en Hong Kong y se evaluaron las propiedades psicométricas de la versión china de esta escala. El índice de validez de contenido fue de 0,83. Hubo una fuerte correlación positiva entre el nivel de fatiga de los niños y síntomas depresivos y también con la calidad de vida. El estudio añade evidencia, además, que la versión china de la Escala de Fatiga para los niños puede ser utilizado como una herramienta fiable y válida para evaluar la fatiga relacionada con el cáncer entre los niños chinos que han sobrevivido al cáncer por lo que se puede utilizar para desarrollar y evaluar las intervenciones apropiadas de reducción de la fatiga.

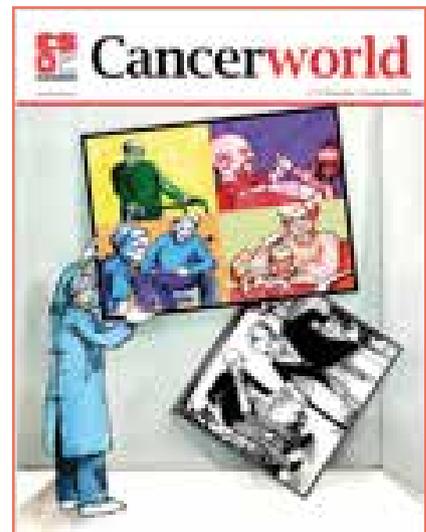
Otro artículo consiste en una revisión bibliográfica sobre los síntomas cognitivos y afectivos experimentados por los pacientes con cáncer tratados con altas dosis intravenosas de Terapia de interleucina 2. Las alteraciones en el funcionamiento cognitivo / afectivo son algunos de los efectos adversos más difíciles experimentados por el 80% de los pacientes con melanoma metastásico y carcinoma de células renales metastásico sometidos a esta terapia. Esta revisión describe la experiencia de los pacientes de IL-2 y la fisiopatología que conduce a estos cambios. La revisión sugiere que las trayectorias, la amplitud y la profundidad de los síntomas cognitivos / afectivos aún no se han descrito. A pesar de los estudios de intervención diseñados para hacer frente a las complicaciones psicosociales de la IL-2, la comprensión del nivel de alteración de los síntomas afectivos / cognitivos experimentados por la terapia IL-2 en los pacientes sigue siendo poco clara. Ésto revela una falta de estandarización al evaluar, informar y controlar los

síntomas cognitivos / afectivos. Y aunque pacientes y familiares los han calificado como los síntomas más alarmantes y difíciles, sin embargo, estos síntomas no son examinados adecuadamente, y los pacientes no fueron informados de los cambios potenciales. La educación sobre la trayectoria de la enfermedad (lo que puede esperar durante / después del tratamiento) puede ayudar a los cuidadores / pacientes a establecer expectativas realistas compartidas y aumentar el afrontamiento.

Otro artículo nos habla de la experiencia de adolescentes al volver a la escuela después del tratamiento del cáncer. El objetivo de este estudio fue explorar el significado de regresar a la escuela para los adolescentes que han completado el tratamiento del cáncer. En este estudio cualitativo, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con un enfoque descriptivo interpretativo con 11 adolescentes (13-17 años) que habían completado el tratamiento para el cáncer. Tres temas principales sugirieron que el regreso a la escuela contrasta el final de un episodio de enfermedad y la bienvenida al retorno de una sensación de bienestar. Casi todos los adolescentes describen la experiencia del cáncer como un impacto negativo, sin embargo, la capacidad de mantener las amistades durante la transición surgió como particularmente importante para permitir que los adolescentes superen los retos y los efectos residuales del tratamiento del cáncer. Los hallazgos del estudio iluminan un vacío importante en los recursos existentes para adolescentes en la fase de post-tratamiento de cáncer. Para promover el desarrollo psicosocial saludable se propuso hacer un mejor apoyo a los adolescentes durante la reintegración a la escuela.

Por último un artículo cualitativo sobre la espiritualidad en pacientes árabes musulmanes supervivientes a trasplantes de células madre hematopoyéticas. El diagnóstico y tratamiento del cáncer puede ser una experiencia estresante que puede suponer una amenaza para la vida y hacer emerger desafíos existenciales. La espiritualidad puede influir en el proceso de hacer frente a la tensión de

la experiencia con el cáncer y los estudios en este terreno son limitados. Se entrevistaron a 63 supervivientes y las 3 dimensiones identificadas que ayudaron a los pacientes a lidiar con sus experiencias fueron la creencia en Dios, el uso de los recursos religiosos / espirituales, y el apoyo de la familia y la comunidad. Dos temas generales describen cambios en su fe como resultado del procedimiento TPH: el fortalecimiento de la fe en Dios y una mayor dependencia de las actividades religiosas / espirituales. Ésto demuestra la gran importancia de la espiritualidad para estos supervivientes que están muy a menudo profundamente conectados con su religión. Los proveedores de salud en los EEUU y otros países occidentales tienen que ser conscientes de las necesidades religiosas y espirituales únicas de estos supervivientes con el fin de proporcionarles un cuidado culturalmente sensible. Se necesita más investigación sobre las necesidades espirituales de los pacientes y supervivientes de cáncer de musulmanes que residen en los países occidentales. ■



El último número de este año de **Cancer World** dedica su portada a la Oncología Geriátrica: medicina personalizada cuando eres mayor. Para la mayoría de nosotros, tarde o temprano, la vejez traerá debilidad y condiciones de salud crónicas, haciendo que

la tarea de vivir la vida que deseamos sea progresivamente más difícil. Queremos que los oncólogos sepan qué opciones de tratamiento diferentes pueden ofrecer a personas como nosotros.

“Es una suposición general que cuando usted es viejo usted no tiene el cáncer, y si usted lo tiene, no es tratable, que es exactamente lo contrario de la verdad. La edad, per se, es el riesgo primario de desarrollar cáncer, y los pacientes de cáncer mayores son tan tratables como los más jóvenes” dice el cirujano Ricardo Audisio.

En la práctica, los pacientes mayores no reciben tratamiento como los pacientes más jóvenes y no sobreviven en la misma medida. Existe un creciente desajuste a medida que los grupos de edad avanzada en Europa tienen una proporción creciente de cánceres pero son menos propensos a ser tratados con cirugía, quimioterapia o radioterapia y es mucho menos probable que estén representados en la investigación. Tampoco tienen voz en las discusiones políticas sobre el cáncer y hay pocos servicios específicos a pesar de que es el grupo que más probablemente confíe en sus médicos y siga cualquier tratamiento que se sugiere.

El estudio EUROCARE 5 mostró que la supervivencia específica relativa a cáncer a cinco años en Europa (2000-2007) disminuyó con la edad para todos los cánceres pero la tasa de mortalidad estandarizada por edad para el cáncer fue más de 12 veces mayor entre las personas mayores de 65 años que en los jóvenes (Eurostat 2015).

La Agencia Europea de Medicamentos está presionando a la industria para que los ensayos clínicos sean más representativos de la población a tratar. El resumen de las características del producto (SMPC) para cada nuevo medicamento debe proporcionar información específica de seguridad y consideraciones de dosificación para pacientes ancianos. Después de la autorización, se espera que las empresas presenten información separada sobre los efectos adversos en los pacientes por banda de edad para los mayores de 65, 75 y 85 años. La Sociedad Internacional de Oncología

Geriátrica ha estado desarrollando sus propias directrices sobre el tratamiento de tumores sólidos y enfermedades malignas hematológicas, que se publican en su sitio web (www.siog.org).

Matti Aapro, miembro del consejo fundador de SIOG y director del Centro Suizo Genolier para el Cáncer, dice que los oncólogos necesitan más orientación sobre los riesgos y beneficios al tratar a pacientes ancianos frágiles. *“Lamentablemente, la mayoría de los estudios que incluyen pacientes ancianos se dirigen a los que llamo los ‘campeones olímpicos’ de la oncología, ya que se ajustan a todos los criterios de inclusión. Necesitamos estudios que miren a los pacientes con restricciones para ver la mejor manera de aplicar los tratamientos sin adivinar cuál es la mejor manera de ir”*.

También hay preocupaciones de que los pacientes de cáncer ancianos son a menudo excluidos del tratamiento quirúrgico. Ricardo Audisio, presidente de la Sociedad Europea de Oncología Quirúrgica y profesor de cirugía en el Hospital Whiston de Liverpool, dice que las bajas tasas de cirugía para los pacientes ancianos en el Reino Unido reflejan lo que está sucediendo en todo el mundo. Audisio dice que una razón por la que los cirujanos se vuelven cautelosos es porque se juzgan sobre las tasas de mortalidad operativa. *“Si usted está de guardia durante el fin de semana y tiene tres pacientes más viejos muy frágiles admitidos como una emergencia por una obstrucción intestinal y usted sabe que la mortalidad es tres veces más alta para un paciente de edad avanzada, ¿qué hacen? Operar o dicen, ‘es demasiado viejo y demasiado frágil’ y lo dejan”*. *“La hipótesis es que al optimizar las debilidades y la fragilidad de los pacientes, nutrición, depresión, anemia, cardíaca y así sucesivamente, vamos a terminar con una estancia más corta en el hospital y reducir los costos, menos mortalidad y así sucesivamente”*.

La investigación también es necesaria para mostrar el impacto de la evaluación previa al tratamiento. Soubeyran está reclutando 1.200 pacientes para un ensayo aleatorio basado en el Institut

Bergonié, con el apoyo del Ministerio de Salud francés, para ver si una evaluación geriátrica completa por un geriatra y una enfermera antes del tratamiento da lugar a mejores resultados. Los puntos finales para este ensayo PREPARE serán la supervivencia y la calidad de vida de un año. *“Consideraremos que hay un beneficio si mejoramos la supervivencia sin disminuir la calidad de vida o si mejoramos la calidad de vida sin disminuir la supervivencia”*, dice Soubeyran.



Audisio está haciendo algo similar en el campo quirúrgico. El ensayo Go Safe está reclutando 360-400 pacientes de cáncer que son candidatos para cirugía del Reino Unido, Italia, Países Bajos, Estados Unidos, Canadá, Alemania, Suiza y Austria.

Después de una evaluación inicial de la fragilidad, la nutrición y el bienestar psicológico, serán tratados de acuerdo con el juicio de su equipo de oncología quirúrgica y seguidos a los seis meses y un año para ver si hay una asociación entre los resultados, la evaluación original y el tratamiento que recibieron.

Para la geriatra Siri Rostoft, la investigación debe incluir función cognitiva, comorbilidad y estado funcional, tanto como predictores como resultados. *“No es sólo supervivencia a cinco años o supervivencia libre de progresión lo que cuenta, quizás el estado funcional cuenta más. Los nuevos fármacos contra el cáncer son extremadamente caros, pero quizás menos tóxicos y tenemos esta enorme población de pacientes con cáncer de más edad que deben obtenerlos. ¿Quién tomará esas decisiones?”* ■



Congresos y Jornadas

Nuria Domenech

European Cancer Congress, ECCO 2017



Fecha: **27 al 30 de enero**
Lugar: **Amsterdam (Holanda)**
www.eccocongress.org

V Congreso Sociedad Valenciana de Geriátria y Gerontología



Fecha: **10 y 11 de febrero**
Lugar: **Valencia**
www.geyseco.es

37 Certamen de Enfermería y el 8 Certamen de Fisioterapia San Juan de Dios



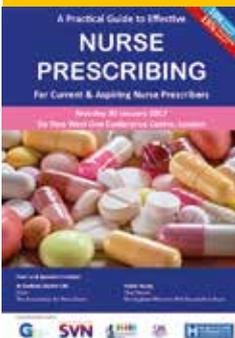
Fecha: **20 de febrero**
Lugar: **Madrid**
www.euef.comillas.edu

VII Jornadas Nacionales de Enfermería en Cuidados Paliativos



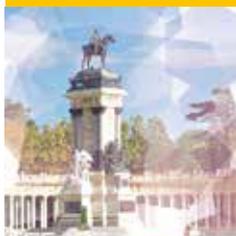
Fecha: **9 y 10 de marzo**
Lugar: **Madrid**
www.aecpai2017.com

Training-Nurse Prescribing



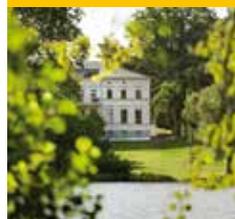
Fecha: **30 de enero**
Lugar: **Londres (Inglaterra)**
www.healthconferencesuk.co.uk/courses/nurse-prescribing.html

VI Congreso de la Sociedad Española de Heridas



Fecha: **16, 17 y 18 de febrero**
Lugar: **Madrid**
www.congresoheridas.com

ESO-EONS Oncology Nursing Masterclass 2017

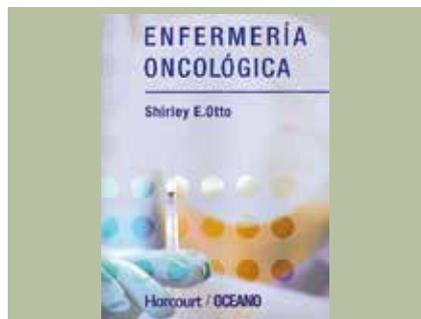


Fecha: **25 al 30 de marzo**
Lugar: **Berlín (Alemania)**
www.eccocongress.org



Nuestra sección de libros

Carmen Vena



ENFERMERÍA ONCOLÓGICA (3 TOMOS)

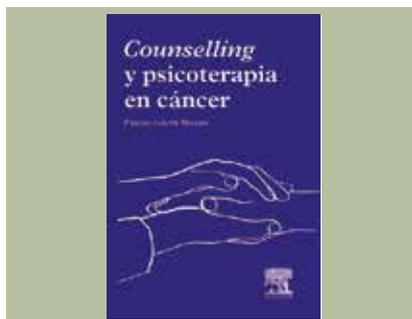
Shirley E. Otto

Editorial: Harcourt / OCEANO

Año de publicación: 2015

ISBN: 9788481744279

Realizada por un prestigioso equipo de especialistas dirigido por S. E. Otto. Todo lo relativo a la atención y cuidados del enfermo de cáncer en una obra de gran valor práctico y didáctico. Por su enfoque eminentemente clínico y por la amplitud y profundidad de sus contenidos, esta obra constituye un valiosísimo instrumento para profesionales y estudiantes de enfermería. Incluye la información más actual y relevante y los avances más recientes en su campo (terapia de láser, videotoracoscopia, cirugía intropertoraria con radioterapia...). Por ello, para facilitar el acceso a la información, presenta una misma estructura en todos los capítulos. En cada uno de ellos incluye una sección específica de cuidados de enfermería, además de cuestionarios auto correctivos.



COUNSELLING Y PSICOTERAPIA EN CÁNCER

Francisco Luis Gil Moncayo

Editorial: Elsevier España

Año de publicación: 2015

ISBN: 9788490225370

Obra monográfica de alta calidad que recoge las herramientas y la información necesaria para el desarrollo de una estrategia adecuada de psicooncología, así como las principales pautas para su puesta en marcha y aplicación.

Avalada por la Sociedad Española de Psicooncología (SEPO) está destinada a convertirse en un referente en temas de counselling y psicoterapia en cáncer, ya que combina estas técnicas con el objetivo de poder dar un soporte psicológico a los pacientes oncológicos y también a sus familiares.

La obra describe los distintos modelos teóricos de psicoterapia y counselling para posteriormente centrarse en un contenido más práctico en torno a las prácticas habituales recomendadas en distintos supuestos.

Se trata de una monografía actualizada y de una enorme calidad científica que recoge las herramientas y la información necesaria para el desarrollo de una estrategia adecuada de psicooncología, así como las principales pautas para su puesta en marcha y aplicación.



PILATES TERAPÉUTICO

Juan Bosco Calvo

Editorial: Panamericana

Año de publicación: 2012

ISBN: 9788498353723

Éste es el primer libro sobre el método Pilates aplicado a la rehabilitación de los problemas del aparato locomotor. La obra da una explicación exhaustiva de los fundamentos de la aplicación de Pilates a la medicina y la fisioterapia y presenta protocolos organizados según las diferentes fases del tratamiento. Pilates es un sistema de ejercicios diseñado para promover la salud física y mental, situado hoy en la cima de la popularidad por sus resultados constatables. Sin embargo, la dificultad de encontrar fuentes fiables de protocolos terapéuticos actualizados y adaptados a las diferentes patologías, hace imprescindible establecer pautas concretas y someterlas a una evaluación permanente para conseguir los mejores resultados.

Dirigida a todos los interesados en el método Pilates, en la salud, la rehabilitación y la aplicación del movimiento, esta obra, cuyo autor es el doctor Juan Bosco Calvo, quien introdujo el método Pilates en España, resultará una fuente valiosa de información y guía para quienes trabajen con esta excelente terapia.

VINOELBINA

Navelbine®, Vinorelbina Sandoz®, Actavis®

Marta González Fernández-Conde
NOVIEMBRE 2016

<p>PREPARACIÓN Envase 10 mg- 1 ml Envase 50 mg- 5 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del vial: 10 mg/ml. • Dilución: en 25-50 ml de SF o SG 5%. No se puede diluir en soluciones alcalinas por posible precipitación. • Proteger de la luz, para aumentar la estabilidad. • Concentración de la dilución: Vinorelvina Actavis® 0,35 - 3 mg/ml, Vinorelbina Sandoz® entre 0,43- 2,68 mg/ml.
<p>CONSERVACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar el vial en nevera y protegido de la luz. • Estabilidad físico química del vial abierto: uso inmediato. • Estabilidad físico química de la dilución: Vinorelbina Actavis® es estable 24 horas en nevera y a TA. Navelbine® es estable 24 horas a TA y en condiciones normales de luz, y 40 días en nevera y a TA pero protegido de la luz. Vinorelbina Sandoz® 48 horas en nevera.
<p>ADMINISTRACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión: durante 6-10 minutos. La administración debe ir seguida siempre de al menos 250 ml de SF para lavar la vena. Vinorelbina Actavis® habla de infusión en 20-30 minutos tras diluirse en 125 ml. • En combinación con Paclitaxel: infundir 1º Vinorelbina, después lavar la vía con 250 ml de SF y luego infundir Paclitaxel. • En combinación con Oxaliplatino: infundir 1º Vinorelbina, esperar 15 minutos y luego Oxaliplatino. • En combinación con Cisplatino: infundir 1º Vinorelbina en 15 minutos y luego Cisplatino en 1 hora, con la pre y post hidratación correspondiente. • En combinación con antraciclinas: se recomienda infundir 1º la antraciclina pautaada y luego Vinorelbina. • En combinación con Trastuzumab: infundir 1º Trastuzumab y luego Vinorelbina. • Para la administración oral: debe tragarse con agua, sin masticar, ni chupar, ni disolver la cápsula. Se recomienda tomar con algo de comida, preferiblemente después del desayuno o comida ligera.
<p>EFFECTOS 2º</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía periférica: parestesias, abolición de los reflejos osteotendinosos. • Mielosupresión: neutropenia y anemia. • Estreñimiento, náuseas y vómitos. Mucositis y diarrea. • Alopecia moderada. Rash, prurito, eritema en manos y pies. • Reacciones a la perfusión: disnea y broncoespasmo. • Fatiga, fiebre, astenia, dolor en diferentes localizaciones incluyendo dolor en el pecho y en el lugar del tumor. • Artralgias incluyendo dolor mandibular. Mialgias. • Alteración de la función hepática. • Genotóxico. Posible infertilidad.
<p>EXTRAVASACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vesicante. • Medidas generales. • Hialuronidasa o Mucopolisacaridasa: 150 UI en 3 ml de SF y aplicar Subc 0.4 ml alrededor de la zona, cambiando cada vez de aguja. • Calor seco durante 30 minutos tras la aplicación de la Hialuronidasa. • Administración de glucocorticoides IV para reducir el riesgo de flebitis.
<p>INDICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de pulmón no microcítico. • Cáncer de mama metastásico.
<p>CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicidad neurológica: pérdida de reflejos tendinosos profundos. Si el tratamiento se prolonga pueden tener debilidad de las extremidades inferiores. Puede producirse un estreñimiento neuropático, por lo que puede ser apropiado un tratamiento laxante para pacientes con historia de estreñimiento o que están tratados con morfíco o derivados morfícos. • Si la infusión es demasiado corta (menor de 6 minutos) se describe posible dolor de espalda. La administración intratecal de Vinorelbina puede ser fatal, pudiendo producir la muerte. • No debe entrar en contacto con los ojos pues existe un riesgo de irritación grave e incluso de ulceración corneal si el medicamento se pulveriza bajo presión. Si ésto ocurriera, aclarar inmediatamente los ojos con solución salina normal. • Concomitante con radioterapia: Vinorelbina no debe administrarse concomitante con radioterapia si el campo de acción de ésta incluye el hígado. En el caso neoplasias de cabeza cuello la radioterapia se debe aplicar en un plazo máximo de 1 hora tras la administración de Vinorelbina. • Reacciones en el lugar de la inyección: eritema, ardor, decoloración de las venas y flebitis. Las infusiones de más de 20 minutos aumentan el riesgo de estas reacciones locales. Un estudio ha demostrado que la incidencia de flebitis puede ser reducida si se administra dexametasona inmediatamente después de la Vinorelbina.



VINORELBINA

Navelbine®, Vinorelbina Sandoz®, Actavis®

Marta González Fernández-Conde
NOVIEMBRE 2016**CONSIDERACIONES ESPECIALES**

- **Fertilidad:** se debe aconsejar a los hombres y mujeres tratados con Vinorelbina que utilicen medidas anticonceptivas durante el tratamiento y hasta 3 meses después de finalizarlo. En los hombres puede producir infertilidad irreversible por lo que se recomienda la crioconservación de espermatozoides.
- **Interacciones:** neutropenia mayor asociada a Cisplatino y a Lapatinib, también asociado al Cisplatino aumenta la ototoxicidad. La administración concomitante con Mitomicina C aumenta el riesgo de broncoespasmo y disnea. Está contraindicada la vacuna de la fiebre amarilla y en general no se recomiendan las vacunas atenuadas vivas. Evitar la ingesta de Hierba de San Juan y de grandes cantidades de zumo de pomelo.
- **Presentación oral:** si el paciente mastica o chupa la cápsula, o la disuelve por error, enjuagar la boca con agua o mejor con solución salina. El contenido de la cápsula es irritante por lo que si ésta se rompe y el líquido entra en contacto con piel, mucosa u ojos, puede causar lesión. Las cápsulas alteradas no deben tragarse y se tienen que devolver a farmacia. En caso de vómito no repetir la dosis. Las náuseas y vómitos son más frecuentes en la presentación oral que en la IV, por lo que se recomienda la administración de un antiemético desde el principio como profilaxis.

BIBLIOGRAFÍA

- Vinorelbina Sandoz concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Sandoz Farmacéutica. Fecha de revisión del texto: abril 2014.
- Navelbine concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Pierre Fabre Ibérica. Fecha de revisión del texto: febrero 2012.
- Vinorelbina Actavis concentrado para solución para perfusión. Laboratorio Actavis. Fecha de revisión del texto: febrero 2011.
- Navelbine cápsulas blandas, ficha técnica. Laboratorio Pierre Fabre Ibérica. Fecha de revisión del texto: febrero 2006.
- Vinorelbine. Consultado el 5 de octubre de 2016. Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/mgfc/Mis%20documentos/Downloads/vinorelbine%20(1).pdf.
- VINORELBINE. Consultado el 6 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.micromedexsolutions.com/>
- VINORELBINA. Consultado el 30 de julio de 2008. Disponible en: <http://www.pdamecum.com/info/V/vinorelbina/vinorelbina-iny/vinorel-dosis.php>.



TRASTUZUMAB EMTANSINA

Kadcyla®

Marta González Fernández-Conde

NOVIEMBRE 2016

PREPARACIÓN Envase 100 mg Envase 160 mg	<ul style="list-style-type: none">• Reconstitución: vial de 100 mg con 5 ml de API. Vial de 160 mg con 8 ml de API. Girar el vial con suavidad hasta que el concentrado esté completamente disuelto. NO agitar.• Concentración de la reconstitución: 20 mg/ml.• Dilución: diluir en 250 ml de SF al 0,45% o SF al 0,9%. No diluir en suero glucosado. La solución reconstituida se debe diluir en bolsas de perfusión de PVC o de poliolefina sin latex ni PVC.• Debe utilizarse un filtro en línea de 0,22 µm cuando se diluya en SF 0,9%. Si la dilución es en SF 0,45% no es necesario el filtro.
CONSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Conservar el vial en nevera.• Estabilidad físico química de la reconstitución: 24 horas en nevera.• Estabilidad físico química de la dilución: 24 horas en nevera.
ADMINISTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Infusión IV: 1ª dosis en 90 minutos, dosis siguientes en 30 minutos.• Observar al paciente un tiempo tras la administración por posibles reacciones.
EFFECTOS 2^{OS}	<ul style="list-style-type: none">• Mielosupresión: trombocitopenia y anemia.• Cardiotoxicidad: disfunción ventricular izquierda.• Relacionados con la perfusión: rubefacción, escalofríos, disnea, sibilancias, taquicardia, hipo o hipertensión, broncoespasmo.• Neuropatía periférica. Cefalea, mareo.• Alteración de las pruebas hepáticas: transaminasas elevadas.• Epistaxis, tos, disnea.• Estomatitis, sequedad de boca, diarrea, náuseas, vómitos, estreñimiento. Abdominalgia.• Mialgias, artralgias. Fatiga, pirexia, astenia, escalofríos.• Prurito, rash, trastorno de uñas, urticaria. Alopecia. Eritrodisestesia palmo plantar.
EXTRAVASACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Irritante.• La extravasación puede producir eritema, sensibilidad e irritación de la piel, inflamación de la zona afectada. Estas reacciones se han observado con más frecuencia en las 24 horas siguientes a la administración.• Medidas generales.
INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none">• Cáncer de mama Her2 positivo localmente avanzado irreseccable o metastásico.
CONSIDERACIONES ESPECIALES	<ul style="list-style-type: none">• Toxicidad pulmonar: puede producir epistaxis con relativa frecuencia, aparte de disnea y tos.• Trombocitopenia: es la reacción adversa más frecuente que requirió la suspensión del tratamiento (31,4%). El nadir se alcanza hacia el día 8. Hay que tener más cuidado en pacientes que estén recibiendo anticoagulantes. En los ensayos clínicos fueron más graves en pacientes asiáticos.• Las infecciones del tracto urinario son bastantes frecuentes. Advertir a las pacientes de los síntomas para hacer un diagnóstico temprano y poder tratarlo cuanto antes.• Reacción a la perfusión: sofocos, escalofríos, fiebre, disnea, hipotensión, sibilancias, broncoespasmo, taquicardia. Se produce sobre todo en la primera infusión y se resuelven normalmente en el transcurso de las primeras horas.• Cardiotoxicidad: puede producir hipertensión. También disfunción ventricular izquierda, normalmente asintomática y leve. Las disfunciones más graves se producen generalmente en los primeros ciclos de tratamiento. Hay que realizar controles periódicos de FEVI.• Toxicidad ocular: visión borrosa, conjuntivitis. Puede producir lagrimeo abundante.• Toxicidad reproductiva: puede resultar fatal para el feto, incluso producir la muerte, por lo que se recomienda medidas contraceptivas seguras durante y hasta 7 meses después de tratamiento.• Interacciones: no se debe tomar zumo de pomelo mientras que dure el tratamiento.
BIBLIOGRAFÍA	<ul style="list-style-type: none">• Kadcyla polvo para concentrado para solución para perfusión, ficha técnica. Laboratorio Roche. Fecha de revisión del texto: febrero 2016.• ADO-TRASTUZUMAB EMTANSINE. Consultado el 6 de septiembre de 2016. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/bn• Trastuzumab Emtansine. Consultado el 14 de octubre de 2016. Disponible en: https://www.medicinescomplete.com.ezproxy.usal.es/mc/martindale/current/ms-15020-v.htm#m28427.





¿Sabías que...?

Ana María Palacios



DESARROLLAN EL PRIMER TEST MOLECULAR QUE CONTROLA EL CÁNCER DE MAMA AVANZADO

r7ve.es

La biología de los tumores es la clave para determinar el tipo de terapia que deben recibir las pacientes con tumor de mama metastásico: quimioterapia o tratamientos hormonales. Un nuevo método diseñado en el Instituto de Oncología Vall d'Hebron, en Barcelona, predice la evolución de la enfermedad a partir del análisis genómico del tumor primario.

Hasta ahora, el pronóstico y el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama metastásico del tipo hormonosen-sible –en el que el tumor crece estimulado por la acción de hormonas como el estrógeno o la progesterona– se habían basado en variables como la edad de la paciente, el tipo de metástasis o las terapias previas administradas.

Un nuevo estudio publicado en la revista JAMA Oncology demuestra que los patrones genómicos del tumor marcan la evolución y predicen el pronóstico de las mujeres con este tipo de cáncer. Según el equipo de investigadores liderado por Aleix Prat, del Instituto de Oncología Vall d'Hebron, en Barcelona, la clasificación molecular de los tumores es el factor más determinante para vaticinar la evolución desde la aparición de la metástasis en adelante, incluso en el tumor primario. Conocer con exactitud la genética del tumor proporciona pistas fundamentales para atajar en el tratamiento. Los estu-

dios de los últimos años han permitido clasificar los tumores de mama hormonosen-sibles en cuatro subtipos según su patrón de expresión génica: Luminal A, Luminal B, HER2-Enriched y Basal-like. Las diferentes tasas de supervivencia y respuestas a los tratamientos se explican, en parte, por diferencias moleculares dentro de esta enfermedad.

“Esta variabilidad hacía patente la necesidad de hallar nuevos métodos que permitieran etiquetar mejor el tipo de cáncer de mama de cada paciente para afinar su pronóstico y la respuesta a la quimioterapia y a los tratamientos hormonales”, explica Prat.

En un ensayo clínico, los autores analizaron los tumores de mama hormonosen-sibles de 821 pacientes que recibieron un tratamiento hormonal. Clasificaron los tumores en los diferentes subtipos biológicos según su expresión génica y los relacionaron con la supervivencia y la respuesta al tratamiento. “En cuanto al pronóstico, la biología intrínseca del tumor es el factor más importante que existe hoy en día”, afirma el oncólogo.

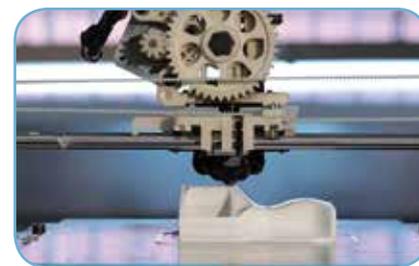
Prat y su equipo de investigadores han logrado establecer patrones de actuación según la genómica del tumor. “Si el tumor es Luminal A, las metástasis se pueden controlar en la mitad de las pacientes durante casi un año y medio sólo con tratamiento hormonal. En cambio, en las pacientes con tumores HER2-Enriched o Basal-like, las metástasis se hacen resistentes al tratamiento hormonal en sólo cuatro o cinco meses”, detalla Prat.

Este hallazgo tiene implicaciones terapéuticas inmediatas, según los investigadores. “Hasta ahora no sabíamos qué pacientes con cáncer de mama metastásico debían recibir de entrada quimioterapia o tratamiento hormonal”.

Uno de los otros puntos fuertes de la investigación ha sido que más del 80% de las muestras analizadas provenía de tumores primarios y no de las lesiones metastásicas. “La biología intrínseca de los tumores parece que es un proceso biológico muy estable. Por lo tanto, identificándola en el tumor primario podemos saber qué le pasará a la paciente si la enfermedad se desarrolla en forma de metástasis”.

De este modo, el análisis genómico de las células del tumor inicial podría convertirse en una herramienta básica para el tratamiento de la enfermedad y la predicción de su evolución.

Además, este análisis del tumor primario podría ser de gran utilidad en aquellos casos en que la biopsia de las metástasis sea complicada de hacer por su localización. ■



IMPRESIÓN DE TUMORES EN 3D PARA PRECISAR LAS DOSIS DE RADIOTERAPIA

elpais.com

La impresión en 3D ha entrado en la carrera hacia la medicina de precisión en oncología. Lo hace de la mano de los llamados tumores “fantasma” porque se ven pero, en realidad, no existen. Son réplicas en plástico de neoplasias reales, hechas con una impresora 3D. La física Cinzia Da Via, profesora de la Escuela

de Física y Astronomía de la Universidad de Manchester, ha empezado a probar estos dispositivos para adelantarse a los efectos de la radioterapia. Antes de administrar un tratamiento de radioterapia a un paciente oncológico, la investigadora apuesta por probarlos antes en la pieza de plástico, precisar la dosis a administrar y evitar en la mayor medida posible los efectos adversos de este tratamiento.

“Muchas veces hay daños que vienen provocados por la radiación a células sanas. No se producen de repente, sino que pueden generar un cáncer cinco años después”, explica Da Via. En esta línea, la adroterapia –una radioterapia en la que se integran protones o iones que tienen la particularidad de que liberan la energía casi exclusivamente sobre la zona del tumor– o el plan de tratamiento que se hace por simulación electrónica –para estudiar la dosis de rayos adecuada– ya han comenzado a pisar fuerte como alternativa y la propuesta de Da Via sigue la misma estela. *“Se está trabajando para tener una buena dosimetría, para ver cuánta dosis de partículas es necesario liberar en la zona donde está el tumor y también dónde se libera”,* apunta.

La investigadora apuesta por intervenir antes en la pieza de plástico que en el tumor real. *“Desde el momento en que la persona se hace una tomografía computarizada en tres dimensiones en la que se confirma el tumor, la información de la imagen no deja de ser un archivo electrónico que es reconocido por la impresora y el plan de simulación. Yo recupero ese archivo y un tiempo muy breve lo mando a la impresora 3D, que hace una réplica idéntica del órgano y del tumor”.* A partir de ahí, los oncólogos ya pueden trabajar sin riesgo probando y decidiendo el tratamiento y la dosis adecuada.

Las réplicas del órgano y del tumor son de plástico por fuera, pero está hueca por dentro. Por dentro están divididas en cavidades y compartimentos que se llenan de centelleador líquido (detectores de la radiación). Al radiar el tumor fantasma, este líquido –*“desde el punto de vista biológico es muy parecido a la*

estructura del cuerpo humano”, apostilla Da Via– revela cómo afectan los rayos X al tumor y al resto del órgano. *“Podemos saber si hay zonas sanas que nosotros pensamos que no están expuestas y en realidad sí lo están. Es muy importante saber tridimensionalmente cuánta dosis de radiación se deposita en cierto punto”,* señala.

Los resultados de este experimento con la réplica del tumor pueden complementar la información que sale del simulador electrónico. *“Esta información que nos da la impresión del tumor se puede confrontar con la que da la simulación y, si son diferentes, corregirlos, porque sabemos que la simulación no es tan precisa y a veces puede haber anomalías debidas al tipo de órgano y se verifica luego que la dosis depositada en el cuerpo del paciente no es la que se esperaba. Se trata de hacer una dosimetría desde fuera, pero con una reproducción exacta del paciente”,* explica Da Via.

Aunque la investigación acaba de empezar, ella y sus estudiantes ya han comenzado a testar el sistema. *“En un tiempo breve se ha conseguido construir y simular este objeto. Cuando sepamos que esto funciona, tenemos que conseguir una buena financiación porque yo querría continuar en esta dirección: reforzar el contacto con los médicos de los hospitales y buscar material todavía más interesante para imprimir”,* reflexiona la investigadora.



La física apenas pone límites a la impresión en 3D: la técnica puede servir para pacientes oncológicos adultos e infantiles y para todo tipo de tumores susceptibles de tratarse con radioterapia. Con

todo, se muestra prudente y recuerda que ella no es médica y los límites los han de marcar los propios oncólogos. En cualquier caso, señala, *“es un tema interesante porque podemos construir, antes de que suceda, antes de que el paciente sea sometido a cualquier tratamiento, una copia verdadera del paciente y de su enfermedad. Podemos ver qué hay que hacer para tratar este tipo de tumor y podemos probar el tratamiento antes de probarlo con los pacientes”,* concluye. ■



LOS GINECÓLOGOS ABOGAN POR REALIZAR LA PRIMERA MAMOGRAFÍA A LOS 35 AÑOS

ondacero.es

Esta recomendación, que se incluirá en una próxima onco-guía, no supondría un adelanto de la edad de cribado del cáncer de mama, que consiste en mamografías periódicas cada dos años entre los 50 y los 69 años (entre los 45 y los 69 en algunas comunidades), sino en una primera consulta y prueba a los 35 años, cuando el número de cánceres de mama comienza a aumentar.

Así lo ha avanzado, en un acto organizado por la Asociación Española Contra el Cáncer (aecc), el coordinador de la sección de Ginecología Oncológica de la Segovia, Javier de Santiago, que ha señalado que el documento verá la luz previsiblemente en noviembre.

El número de casos de cáncer de mama ha aumentado en los últimos años en todas las franjas de edad y un porcentaje de ellos (entorno al 20%) se da en mujeres menores de 45 años, que están fuera de los sistemas de cribados. No obstante, la incidencia de la enfermedad es hasta tres veces mayor en la franja que va desde los 50 a los 55 años.

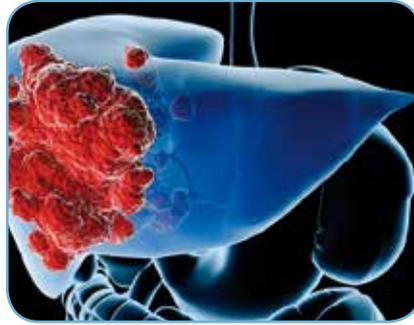
El dato positivo es que la supervivencia no deja de aumentar y ya alcanza el 83% a los cinco años del diagnóstico, la tasa más alta de Europa, mientras que la mortalidad desciende cerca de un 2% cada año. Una de las razones que explican estos buenos resultados es que tres de cada cuatro casos se diagnostican en estadios iniciales, tal y como ha señalado Dolores Salas, de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE).

Salas ha insistido en que la edad de cribado está bien establecida y se ha mostrado contraria a rebajarla, puesto que los estudios han evidenciado que por debajo de los 45-50 años no está demostrado el beneficio de las mamografías y tienen lugar falsos positivos e intervenciones innecesarias. Por debajo de esa edad, Salas ve necesario tener en cuenta los factores hereditarios y genéticos, tumores que representan un 10% del total, según ha indicado el coordinador del Grupo de Trabajo de Cáncer de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), Fernando López-Verde.

Este experto ha abundado en la importancia de la prevención y en la adopción de hábitos saludables, como controlar el peso, una alimentación equilibrada, actividad física, la lactancia materna y evitar o reducir al máximo la terapia hormonal sustitutiva que se da en la menopausia. *“Si todo ésto se llevara a cabo, se reduciría hasta un 50% la posibilidad de desarrollar un cáncer de mama”*, ha asegurado.

Por su parte, el portavoz de la Segó se ha referido al diagnóstico del cáncer de mama en mujeres jóvenes, que aún no han cumplido sus deseos de maternidad y ha denunciado que no todas las comunidades autónomas ni hospitales ofrecen a estas mujeres la posibilidad de preservar su fertilidad después del tratamiento que, en el 98% de los casos, ocasiona una menopausia precoz.

Los expertos han demandado que se habiliten “vías rápidas” para que, ante la más mínima sospecha, se pueda acceder a un diagnóstico en un plazo no superior a las dos semanas y abordar la enfermedad cuanto antes. ■



NIVELES BAJOS DE SELENIO SE ASOCIAN CON EL DESARROLLO DE CÁNCER HEPÁTICO

edicionesmedicas.com

Los niveles más altos de selenio en sangre o de selenoproteína P –la proteína que distribuye el selenio del hígado en todo el cuerpo– se asocian con un menor riesgo de desarrollar cáncer de hígado (en particular carcinoma hepatocelular). Así lo revela un nuevo estudio, publicado recientemente en *The American Journal of Clinical Nutrition*.

Los resultados, que se mantienen incluso si se tienen en cuenta los otros factores de riesgo de este cáncer, muestran sin embargo que el nivel de selenio no está asociado con el desarrollo de tumores de la vesícula o del tracto biliar.

La investigación es un proyecto conjunto de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), el Real Colegio de Cirujanos de Irlanda (RCSI), la Escuela de Medicina Charité de Berlín y un equipo de colaboradores del Estudio Prospectivo Europeo sobre Cáncer y Nutrición (EPIC).

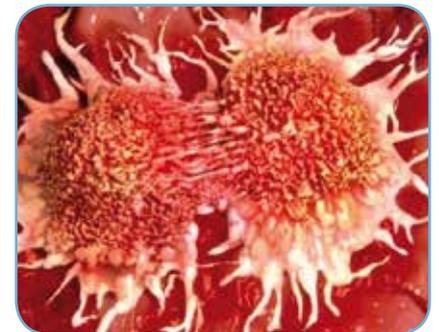
“Cuando el selenio está por debajo de los niveles óptimos, el aumento de su ingesta puede ser una estrategia más para la prevención del cáncer de hígado, además de evitar el consumo de alcohol, mantener un peso corporal saludable y dejar de fumar”, explica David Hughes, investigador principal del RCSI. *“Sin embargo, nuestros resultados deben ser validados por otros estudios antes de elaborarse recomendaciones de salud pública”*.

El estudio se basó en la cohorte EPIC, que se compone de más de medio millón de participantes de 10 países europeos, utilizando un diseño de casos y controles de 121 cánceres de hígado y 140 de la

vesícula biliar emparejado con el mismo número de individuos libres de cáncer.

En 2012, se estima que ha habido 782.000 nuevos casos de cáncer de hígado en el mundo. Es la segunda causa más común de muerte por cáncer, siendo responsable de casi 746.000 fallecimientos en el mismo año (el 9,1% de todas las muertes relacionadas con cáncer ese año).

“La incidencia de cáncer de hígado está aumentando en los países desarrollados. El problema es que a menudo son diagnosticados en fases avanzadas, lo que limita las opciones de tratamiento”, concluye Mazda Jenab, experto del IARC y uno de los autores del estudio. *“Se necesita más investigación sobre los factores modificables de estos tipos de cáncer y estrategias de prevención eficaces”*.



El selenio es un micronutriente mineral que se encuentra en alimentos como el marisco, salmón, nueces de Brasil, carne, huevos, granos y cebollas. Sin embargo, los niveles de selenio en los alimentos dependen en gran medida de los niveles de selenio en el suelo donde se cultiva la comida y los animales pastan.

Los niveles en el suelo tienden a ser bajos en muchas regiones de Europa, lo que contribuye a reducir los niveles corporales de selenio en comparación con las personas que viven en regiones con mayores concentraciones de selenio en el suelo, como América del Norte. En humanos, el selenio es esencial, sobre todo para el funcionamiento eficaz del sistema inmune y en el control de los procesos oxidativos relacionados con el desarrollo del cáncer. ■



UNA ENFERMERA PROPONE UN TRATAMIENTO CON CABALLOS PARA AYUDAR A NIÑOS CON CÁNCER

diarioenfermero.es

La vida de los niños que padecen cáncer no es la vida normal de un niño. Muchos de ellos viven entre cuatro paredes de hospital y comienzan a crecer entre personal sanitario, padres preocupados y luz artificial. Por eso, es cada vez más común el desarrollo de terapias al aire libre y con animales para mejorar las condiciones físicas y psicológicas de estos niños y así conseguir devolverles un trozo de la infancia que la enfermedad les ha robado.

Estas razones fueron lo que motivaron a Sara Vallés –una enfermera recién licenciada por la Universidad Francisco de Vitoria– a centrar su trabajo de fin de grado en la equinoterapia para pacientes con oncología pediátrica. *“Desde pequeña monto a caballo y llevo muchos años trabajando con estos animales. En la hípica en la que entreno existe una empresa que trabaja con enfermeros, fisioterapeutas y psico-oncólogos y utilizan estas terapias en niños, me encanta cómo trabajan y en el momento de pensar en un trabajo de fin de grado fue casi automático decidir que lo haría sobre su iniciativa”.*

La equinoterapia o terapia con caballos es, como relata la enfermera Vallés en su trabajo, *“una herramienta natural de intervención psico-educativa, social y emocional que utiliza el instinto y hábitos del caballo al servicio del paciente como instrumento facilitador del proceso terapéutico”.* Es un tratamiento que permite a los pacientes mejorar física y psicológicamente y avanzar en su proceso de superación de la enfermedad, *“permite a los niños trabajar en su capacidad de frustración y en su afán de superación”* explica la joven enfermera.

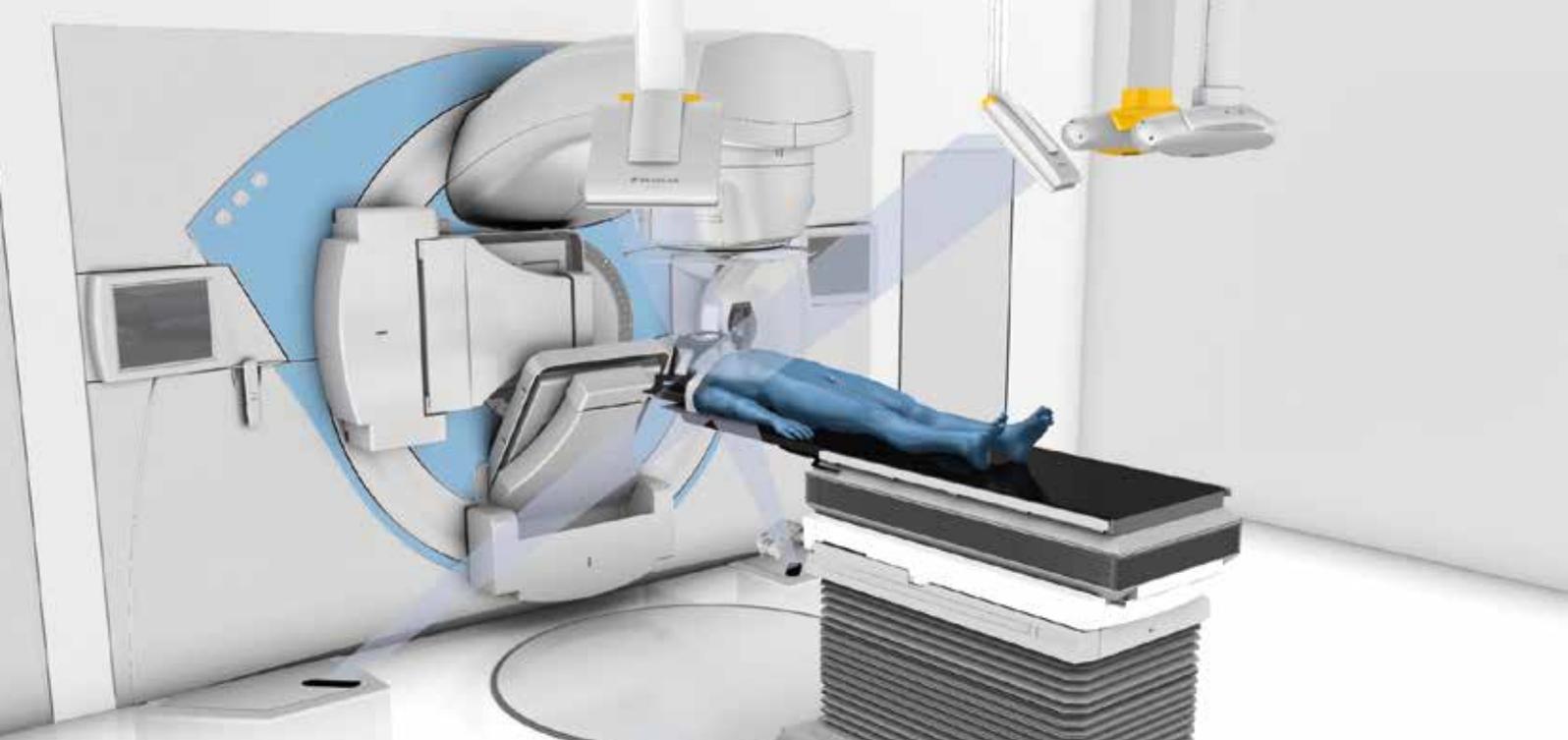


A través de diferentes ejercicios Vallés plantea en su Trabajo de Fin de Grado trabajar diferentes patologías de la enfermedad. *“La terapia no es siempre igual, se va avanzando en relación con el animal y el estado físico del paciente. Lo mejor que tiene es que se ven avances muy rápidos y ésto motiva mucho a los niños, que quieren seguir alcanzando nuevos retos”*, explica.

Además, esta formación no es sólo un aprendizaje para el paciente *“el personal sanitario puede observar a través del caballo muchas conductas que el*

paciente no está exteriorizando normalmente en una consulta”. El niño se siente más libre y es capaz de realizar comportamientos sorprendentes para el estado de su enfermedad *“así es el caso de una de las niñas que tratan en la empresa en la que está basado el estudio. En el suelo sus movimientos son muy torpes y no puede casi andar, en cambio, encima del caballo no te planteas que es una niña que sufre las secuelas de un tumor cerebral”.*

Por eso la presencia de personal sanitario como enfermeros o fisioterapeutas durante las sesiones es fundamental *“no sólo para diseñar los ejercicios adaptándolos a las patologías específicas de cada caso sino para observar sus mejoras y trasladarlas al personal sanitario que esté llevando el tratamiento”* explica la enfermera Vallés. Estos profesionales, por tanto, tienen trabajo pre, durante y post ejercicio. Antes, diseñando un ejercicio para patología; durante, tomando notas durante los ejercicios y después, elaborando un informe que se remite al sanitario que lleve el caso del paciente, para que lo tenga en cuenta como parte del tratamiento. ■



Cuando el presente llega al futuro.

Nuevo tratamiento de RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA

A la
vanguardia



FRAMELESS en ICO Hospitalet

Elvira García Triviño

La radiocirugía estereotáxica (SRS, en inglés) es el uso de radioterapia para tratar anomalías funcionales y pequeños tumores cerebrales.

La SRS utiliza altas dosis de un modo muy preciso y dirigido, con lo que facilita la preservación adecuada del tejido sano.

Se inició en Suecia en 1949, mediante el trabajo conjunto de un neurocirujano y un radiólogo. Tradicionalmente, la inmovilización de la cabeza del paciente se ha logrado usando un marco de cabeza estereotáxica rígido como el paso clave en lo que permite la entrega de dosis precisa (foto 1).

En la actualidad la casa comercial Varian Medical (que crea equipos de radiote-

rapia) ha diseñado el nuevo TrueBeam Stx que combina tecnología Brainlab y Novalis utilizando técnicas no invasivas para el paciente.

- El proceso de realización de la Radiocirugía Frameless se inicia con la inmovilización del paciente mediante una máscara termoplástica que se modelará de un modo preciso por capas desde las cervicales hasta la calota. Se debe verificar su perfecta solidificación. Es muy importante la colaboración del paciente en todo momento (foto 2).
- En un segundo tiempo realizaremos un TAC con contraste endovenoso y con cortes c/1mm que nos permitirá poder definir con mayor precisión las diferentes estructuras anatómicas que componen el SNC.

Serán estas imágenes del TAC con contraste y las de la RMN las que ayudarán al radiooncólogo a definir bien los volúmenes a irradiar y a preservar durante el tratamiento.

- El servicio de física y un sofisticado software, el IPLANRT, calculan la dosimetría conformando y modulando los haces de irradiación del tratamiento (foto 3).
- Una vez está todo preparado, se acompaña al paciente a la sala de tratamiento y se le inmoviliza nuevamente con su máscara personalizada.
- Se coloca el cubo con tecnología ExacTrac™ anclado sobre la máscara y mediante unos infrarrojos el sistema determina el punto preciso del espacio en el que nos encontramos (foto 4).
- El programa ExacTrac™ permite realizar imágenes del cráneo inmovilizado



Foto 1. Tratamiento previo radiocirugía con corona estereotáxica.



Foto 2. Nueva máscara radiocirugía Frameless.

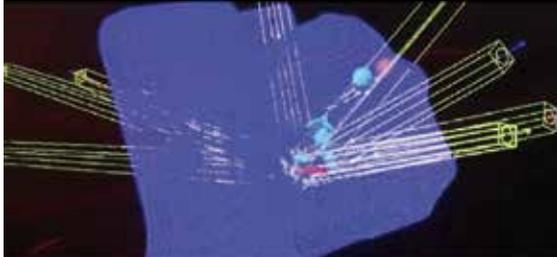


Foto 3. Haces de irradiación lesión cerebral.



Foto 4. Posicionamiento máscara y cubo Exactrac™



Foto 5.1 y 5.2. Comprobación posición para tratamiento.



Foto 6. Truebeam STX.

en tiempo real y las compara con una precisión absoluta a las imágenes recreadas mediante el TAC del mismo día de un modo virtual.

- Se fusionan de un modo automático o manual permitiendo poco espacio al error interpretativo y una vez localizado el punto correcto de irradiación o iso-centro se corrige la posición (foto 5).
- La tecnología Novalis™ en la mesa robótica de tratamiento permite realizar correcciones milimétricas en los

ejes ya conocidos en radioterapia (X, Y y Z) y la novedad que aporta al tratamiento es la basculación lateral o cráneo-caudal.

- Una vez modificada la posición se realiza el tratamiento de Radiocirugía Frameless mediante arcos o campos estáticos (según la determine la dosimetría).
- Para cada movimiento de mesa, se requieren nuevas verificaciones de posicionamiento (foto 6).

- Una vez se finaliza la técnica el paciente retira la máscara y será acompañado a su habitación.
- Estará en observación el tiempo necesario y luego será dado de alta.

Podemos, por tanto, concluir con que el nuevo tratamiento de Radiocirugía Frameless proporciona mejoras en la irradiación con mayor precisión, mayor velocidad y un nivel de confort superior para el paciente. ☺

BIBLIOGRAFÍA

https://www.brainlab.com/wp-content/uploads/2014/07/EXT_Brochure_JV_02July14.pdf
<https://www.brainlab.com/wp-content/uploads/2014/01/White-Paper-ExacTrac-Frameless-Radiosurgery.pdf>
 Lamba M., Breneman J.C., Warnick R.E. Evaluation of Image-Guided Positioning

for Frameless Intracranial Radiosurgery. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009 Jul 1;74(3):913-9. University of Cincinnati Neuroscience Institute, Cincinnati, OH
 Sahgal A., Ma L., Chang E., Shiu A., Larson D.A., Laperriere N., Yin F.F., Tsao M., Menard C., Basran P.S., Létourneau D., Heydarian M., Beachey D., Shukla

V., Cusimano M., Hodaie M., Zadeh G., Bernstein M., Schwartz M. Advances in technology for intracranial stereotactic radiosurgery. Technol Cancer Res Treat. 2009 Aug;8(4):271-80. includes Duke University Medical Center, Durham, NC.



Relato

La paciente

Bárbara Domínguez Ariza

Enfermera de la Unidad de Soporte y Cuidados Paliativos.
Servicio de Oncología Médica. Hospital General Vall d'Hebron.

Un día por la mañana, un día cualquiera. Toca mirar la agenda y ver cuántos pacientes vendrán a la consulta. Pienso: *“espero no haberme citado muchos pacientes, porque después dedico mucho tiempo a cada uno de ellos...”* pero siempre está lleno o casi lleno. ¡Y no fallan!

Cojo la agenda, paso por el almacén por si hay algo de material que pueda necesitar y llevo a la consulta.

Necesito llegar con tiempo para encender el ordenador, revisar las historias, preparar la camilla, etc.

Y llega el momento... hago pasar al primer paciente. ¡Es hora de poner la mejor sonrisa!

Entra la Sra. M. casi siempre acompañada, acostumbra a entrar cabizbaja, con aire entre tristón y preocupada. Pero yo mantengo la sonrisa. *“¿Qué tal? ¿hacia ya unas semanas que no nos*

veíamos? ¿va todo bien?”. Normalmente, la respuesta se centra en la visita con el oncólogo, puede que algunas malas noticias, que si el tratamiento le está resultando muy duro... todo gira en torno a la enfermedad. Exploramos si sus síntomas están controlados: el dolor, el apetito, el estreñimiento, la astenia... en la mayoría de los casos el distrés emocional acostumbra a empeorar la vivencia de todos los síntomas y, por lo tanto, de la calidad de vida.

Los encuentro en un círculo vicioso, no ven más allá de la enfermedad, de su futuro incierto... caras grises, tristes, a veces inexpresivas. Y me pregunto: ¿Cómo es el día a día de estas personas? ¿no hay ninguna válvula de escape?

Y, entonces, la auxiliar que me acompaña y yo empezamos a ponernos las pilas.

"A ver, Sra. M., vamos a ver cómo tiene la lesión. Ya puede pasar al teatro!". Y la Sra. M., con estas palabras que siempre decimos, logra dibujar una primera tímida sonrisa.

Se prepara para dejar al descubierto la lesión tumoral con la que convive durante un tiempo y de la que ya todos nos hemos hecho amigos. *"Sra. M., ya sabe que ahora, mientras esté tumbada se puede relajar, si está más cómoda puede retirarse la peluca."* *"Uy, la peluca no sé, todavía tengo el pelo muy corto"*. *"¡Pero si está guapísima!, ¡así le respira un poco mejor la piel!"*. Nos mira, vuelve a sonreír (segunda sonrisa) y se quita la peluca. Se le ve una cara de alivio al poder mostrarse tal y como es: sin peluca y con SU lesión de SU cuerpo al descubierto.

Empezamos a hablar, mientras preparamos el material para curarla, de cómo se ha apañado para curarse estos días y las dificultades que haya podido tener. Comprobamos que continúa haciendo el seguimiento con la enfermera de atención primaria y que tiene un buen vínculo con ella también.

Procedemos a iniciar la cura, un momento solemne. Nos hemos propuesto en nuestra consulta que sea un momento

en que la persona no lo viva mal, que sería lo normal. Hemos decidido que el momento de la cura dibuje un mapa de pensamiento diferente. El circuito de pensamiento habitual acostumbra a ser *"me ha de curar - me avergüenza - me dolerá - no quiero verlo - qué mal va mi enfermedad - tengo miedo - no me quiero curar - y vuelta a empezar"*.

Cuando empezamos a curar, como siempre, explicamos muy bien el procedimiento (si ponemos analgésico previo, cómo haremos la limpieza, si desbridaremos...), si prefiere estar acompañada o prefiere estar sola, si se encuentra nerviosa...

Encendemos una lámpara de luz tenue y agradable que la paciente pueda ver desde la camilla donde está tumbada, si es necesario, ponemos música relajante. Invitamos a respirar profunda y acompasadamente mientras Carmen, la auxiliar, realiza algunas maniobras de reiki. Mientras todo esto se pone en marcha, se crea el mejor momento para poder iniciar la cura. Y mientras curo, mantenemos una conversación con la Sra. M. distendida. Aprovechamos para explorar qué es aquello que le hace ilusión en su día a día, en qué momentos se encuentra más relajada y a qué lo atribuye. A veces son los nietos, otras cuando los hijos vienen a comer a casa, en otras cuando sus amigas organizan una comida en aquel restaurante donde se reúnen periódicamente.

Y aquí comienza a explicarnos diferentes anécdotas que nos hacen reír a todas. Se crea una complicidad única, que sólo se da en este espacio, en este contexto. La Sra. M., no sólo se quita la peluca, coge confianza y hace bromas de su

estado, nos hace bromas a nosotras... en ocasiones, sólo se oyen carcajadas (¿será ésto el origen de la risoterapia?)... ahora sí, múltiples risas.

¡Y fin! Acabamos de realizar la cura. Le decimos a la Sra. M. que ya puede bajar del escenario y vestirse, colocarse su peluca. Programamos nueva visita en unas semanas y hacemos las recomendaciones necesarias. La Sra. M. se despidió de nosotras con un abrazo y un beso. *"Con lo mal que había entrado... y me voy de aquí diferente, contenta"*.

Conseguido: hemos cambiado su mapa de pensamiento a *"me ha de curar - me voy a relajar - voy a hablar de las cosas que me hacen feliz - salgo contenta"*.

Y, efectivamente, en la siguiente visita, a pesar de que viene cabizbaja, triste e impactada por los tratamientos, visitas médicas y demás nos dice: *"tenía ganas de veros porque sé que salgo de aquí como nueva"*.

Al final se trata de hacer aquello que la enfermera es experta: explorar los propios recursos de la persona para que sea ella misma la que los pueda poner en marcha a favor de una mejor calidad de vida y vivencia de la enfermedad.

En definitiva tenemos que hacer valer nuestra área de conocimiento para poder romper ese círculo vicioso en el que el gran protagonista es la enfermedad. Recordemos siempre que nuestro punto de anclaje como enfermeras nunca es la enfermedad y siempre es la salud. Y por lo tanto, nuestro enfoque ha de ir dirigido a que la persona y su familia tengan la mejor vivencia posible a pesar de estar en una situación adversa. 🌈



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.

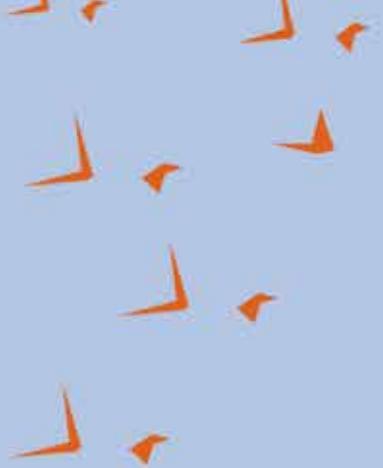
Los artículos deben ir acompañados de fotografías digitalizadas y originales (libres de derechos de difusión o con el permiso necesario para reproducir instantáneas de personas, entidades o instituciones), con un tamaño aproximado de 10 x 15 cm. Igualmente irán referenciadas en el texto y con pie de 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



VALENCIA
XVI CONGRESO SEEO

17 AL 20 DE MAYO
2017

INNOVANDO EN CUIDADOS
LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN EL EJE DEL CAMBIO



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

www.seeo.org

