

Volumen 21. Suplemento 1, julio-agosto 2019.



REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

ISSN: 1576-5520 e-ISSN: 2659-2959

Edita:  
**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**  
**SEEEO**

Calle Velázquez, 27, CP 28001, Madrid. España.

---

## Junta directiva de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Presidencia

Ángeles Peñuelas Saiz

Vicepresidencia:

Nuria Domenech Climent

Secretaría General:

Nieves Gil Gómez

Tesorería:

Juan Manuel Gavala Arjona

Secretaría de Actas:

Isabel Magallón Pedrera

Vocales:

Juan Luis Ribes Bernal, Julio C. de la Torre Montero,  
Patricia Beorlegui Murillo, Rosario Cumplido Corbacho.

Secretaría Técnica:

MeetingPharma

---

## CONSEJO DE REDACCIÓN Revista SEEEO:

Ana M<sup>a</sup> Palacios Romero

Ainhoa Ulibarri

Isabel Magallón Pedrera

Juan Manuel Gavala Arjona

Nieves Gil Gómez

Rosario Cumplido Corbacho

Rosario Moreno Carmona

Virginia Salinas Pérez

Patricia Beorlegui Murillo

Cristina García Vivar

SUBDIRECTORA:

Nuria Doménech Climent

DIRECTOR editor-jefe:

Julio C. de la Torre Montero

---

Se permite que puedan descargar las obras y compartirlas con otras personas,  
siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera  
ni se pueden utilizar comercialmente.



[www.seeo.org](http://www.seeo.org)  
[info@seeo.org](mailto:info@seeo.org)  
[revista@seeo.org](mailto:revista@seeo.org)

Diseño y Maquetación: delaTorre

ISSN: 1576-5520 E-ISSN: 2659-2959 Depósito Legal: V-1194-2010.  
**Indexada en: EBSCO, REBIUN, MEDES, CIBERINDEX-CUIDEN, DIALNET**



## EONS12 @ ESMO 2019

# Enfermería oncológica, aplicando la ciencia a la práctica clínica

**Save the Date!**  
**27 Sept - 1 Oct**



**Register at:**  
[www.cancernurse.eu](http://www.cancernurse.eu)

Las tarifas reducidas para enfermería dan acceso completo al congreso ESMO y a la sección específica de enfermería.

DOS BECAS **SEEO** DE INSCRIPCIÓN COMPLETA AL CONGRESO, SI ERES SOCIO, PUEDES ENVIAR TU CV Y UNA CARTA DE MOTIVACIÓN AL CORREO [revista@seeo.org](mailto:revista@seeo.org)

ANTES DEL 05 DE AGOSTO DE 2019

Inscríbete  
en la web de EONS  
[www.cancernurse.eu](http://www.cancernurse.eu)

## Editorial

### Discurso Inaugural

## XVII Congreso Nacional I Congreso Internacional de la SEEO

### El liderazgo de la Enfermera Oncológica: Liderar para cuidar

Ángeles Peñuelas Saiz

Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Una idea me viene a la cabeza cuando hablamos estos días de liderazgo, y es definir nuestro papel con el paciente y con nuestro entorno de cuidado: en definitiva, definir lo que somos y hacemos.

Somos pieza clave en el sistema de salud. Los cálculos hablan de un 75% de enfermeras trabajando en las diferentes instituciones que se dedican a la salud: no sólo en la atención hospitalaria, sino en atención primaria, educación, y otros muchos servicios que pueden parecer minoritarios, pero que también son claves en la salud de los habitantes de un país.

Durante tres días tendremos la oportunidad de escuchar a nuestros compañeros a través de más de 160 comunicaciones y 40 ponencias, y vamos a ponernos al día en diversos temas de interés para la enfermería oncológica. Vivimos un momento de cambio: podríamos decir que todos lo son y sin embargo, este lo es especialmente: es el primer congreso organizado por una nueva junta directiva que propone un replanteamiento de la Sociedad Científica en todas las dimensiones, de acuerdo con las líneas de trabajo que se proponen en estos tiempos: 1. Acercamiento a la sociedad y los pacientes, integración de los mismos en la toma de

decisiones, para lo cual necesitan de nuestro consejo crítico y nuestros conocimientos y evidencia científica. 2. Trabajo en equipo multidisciplinar: no se comprende ya el trabajo individual de ningún profesional de la salud sin la participación de todos: ahí la Oncología, con sus diferentes apellidos (pediátrica, oncohematológica, médica, radioterápica, de cuidados paliativos, etcétera) es pionera en incluir a profesionales de otras muchas áreas, y no solo de especialidades médicas, dentro de los equipos: psicología, trabajo social, nutrición, fisioterapia y rehabilitación, farmacia, etc. y donde nuestro trabajo enfermero es clave en el proceso de atención al paciente.

Podría definir aquí los pilares básicos de la enfermería: asistencia, docencia, investigación, gestión y, sin embargo, no lo voy a hacer: somos todos nosotros ejemplo de que eso ya lo hacemos desde hace mucho tiempo y que cada vez lo hacemos mejor. Nuestra formación es cada vez más completa: desde las universidades, con una formación de grado, la misma de un biólogo, o farmacéutico, por poner dos ejemplos de nuestra área, los profesionales de enfermería completan una formación en casi todas las áreas de atención al paciente.

Como no puede ser de otra manera, esa buena preparación precisa de: 1. Experiencia posterior. 2. Formación continua y complementaria.

Y en eso estamos todos los profesionales de la enfermería oncológica, el CUIDADO del paciente, la EDUCACION PARA LA SALUD, forman parte de nuestro trabajo, ese trabajo que cada vez tiene más derivadas; ENSAYOS CLINICOS, donde unos trabajamos de forma directa y todos, de forma indirecta, claves para que nuestros pacientes aumenten sus expectativas en cuanto a curación (sí, en muchos casos podemos hablar de curación, y en todo caso, de aumento de la supervivencia notable, así como de la calidad de vida).

Los nuevos RETOS de FUTURO que podemos plantear (ahora también para nosotros con el horizonte 2020 a la vista y pensando en el horizonte 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible que asimismo nos atañen) deben estar enfocados en una mayor profesionalización de la profesión, con un modelo de especialidad que podemos trabajar con los diferentes actores de educación y títulos académicos para colocar a la enfermería oncológica donde corresponde: ese nivel de especialidad que, de facto, tenemos, pero que no se considera, ni profesional ni económicamente. Para ello, no solamente hay que reclamar esa posición de especialista, sino que debemos, como lo hacemos, trabajar en el reconocimiento del mismo: solo a través de la especialidad, reconocida o no, podemos atender al paciente oncológico como se debe, administrando tratamientos cada vez más complejos y numerosos, y a la par, controlando cada uno de los efectos adversos e interacciones de todos ellos, con las combinaciones producidas en pacientes pluripatológicos.

Atención especial a pacientes pediátricos y adolescentes, a los pacientes jóvenes con un diagnóstico que les suele cambiar sus expectativas en la vida, a los ancianos, un grupo cada vez mayor, y no podemos olvidar a todos los grandes supervivientes y sus familias.

Todo este trabajo en este momento de cambio, y retomo mis palabras iniciales, donde el CUIDADO del paciente se escribe en mayúsculas, y donde somos cada uno de los que estamos aquí, y también cada uno de los que se han quedado en tantos servicios de oncología atendiendo a los pacientes, los protagonistas del cambio, de eso que ahora llaman liderazgo; cada uno de nosotros somos líderes del cambio, ha de llegar desde las acciones individuales para que tengan una proyección colectiva.

La versatilidad de nuestro trabajo nos hace indispensables en el cuidado. Hagamos que los cambios sean avances y progreso para nuestros pacientes y que los compañeros de todas las disciplinas reconozcan ese trabajo y necesiten de enfermeras especialistas.

Hablaremos de nuestra sociedad, os animaremos a uniros a la misma, para que seáis protagonistas y relevo para nosotros: una web renovada, una propuesta de nuevos estatutos, una revista científica de acceso abierto a la comunidad, todo ello para mejorar lo que ya es bueno y de lo cual debemos sentirnos orgullosos, pero no conformados.

Bienvenidos a la nueva SEEO, seguimos aprendiendo.



# ChemoLock™

Sistema cerrado de transferencia de medicamentos sin aguja

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



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

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

Seguridad con solo un clic

**icumedical**  
human connections



# DOSI-FUSER®

Bomba de infusión elastomérica portátil

SEGURIDAD Y CONFIANZA



Infusión   
SOLUCIÓN GLOBAL



Izasa  
Hospital

A Werfen Company

Fabricado por: Leventon SAU - A Werfen Company

Izasa Hospital, S.LU., Plaza de Europa, 21-23, 08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) | Atención al Cliente Tel. 902 20 30 70 | [izasahospital.es](http://izasahospital.es)

## Artículo original

### El póster como herramienta efectiva de comunicación científica.

#### Poster, an effective method to scientific communication.

Iván Herrera Peco

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid.

[iherrpec@uax.es](mailto:iherrpec@uax.es)

*Conflicto de interés: ninguno. El presente trabajo no ha recibido financiación.*

#### Resumen:

Los pósteres son uno de los medios de comunicación más utilizados a la hora de enviar las comunicaciones científicas a congresos, conferencias, jornadas, u otros tipos de reuniones científicas. Sin embargo y a pesar de representar el tipo de comunicación más habitual, suele recibir poca atención por parte de los asistentes a este tipo de eventos científicos. En este trabajo se desean ofrecer una serie de indicaciones que puedan hacer de este tipo de comunicación científica, el póster, una herramienta más eficaz a la hora de transmitir la información derivada de los proyectos de investigación desarrollados que son expuestos utilizando el póster como vehículo de transmisión de la información.

Palabras Clave: Comunicación, Comunicación académica, congresos, formación en enfermería, investigación, póster.

#### Abstract:

Academic Posters are the most common method in scientific communication in health science meetings, congress, etc. But, in spite of that, Poster exhibition receives little attention on the part of meetings assistants. The aim of this manuscript is to identify, and offer, indications to develop an effective tool for scientific communication, in health science meetings, to show information obtained from research projects and exposed using Pósters as a useful method to transmit scientific information.

Key Words: Communication, congress, Póster, nursing education, research, scholarly communication.

#### INTRODUCCIÓN:

Una de las actividades esenciales de la ciencia es la de comunicar, pudiendo ser considerada como la razón de ser de la ciencia. Debe entenderse que una de las necesidades que posee



cualquier investigador, en cualquier disciplina, es exponer su trabajo y que éste sea sometido a la crítica constructiva de otros investigadores para que pueda incluso darse un debate que condujese a la mejora del abordaje experimental<sup>1</sup>.

Por tanto, debemos valorar que las personas que desarrollan investigación en el área de las ciencias de la salud en general y de la enfermería oncológica en particular, es que no sólo deben hacer ciencia, sino que además necesitan saber comunicar de forma adecuada sus resultados. Uno de los canales más utilizados, tanto por investigadores noveles como más experimentados e incluso para estudiantes de enfermería, es el de exponer sus trabajos en reuniones, congresos, jornadas, etc., que se desarrollan tanto a nivel nacional como internacional, y dentro de este entorno de comunicación científica, uno de los principales medios de comunicación de los resultados de investigación es el del póster académico<sup>2,3,4</sup>.

Es por tanto esencial que el póster, entendido como una herramienta efectiva de divulgación de la información científica<sup>5</sup>, que no sólo debe ser lo más atractivo posible<sup>6</sup>, sino que resulta importante no perder de vista las características esenciales que posee el póster para los investigadores y su relación con la audiencia.

Herramienta de comunicación efectiva, que deben atraer la atención para que se ejerza un "efecto llamada" y el público se acerque a leer el mensaje expresado en el póster.

Además, un póster debería servirnos para establecer relaciones con otros profesionales, permitiéndonos iniciar la construcción de una red de contactos que puedan convertirse en colaboradores en investigaciones futuras. En este trabajo esperamos poder ofrecer una serie de consejos

que puedan permitir estructurar un póster académico, pero también introduciendo algunos consejos técnicos relacionados con el desarrollo del mismo.

## 2. Antes de empezar

Antes de empezar a preparar el póster académico, para comunicar nuestro trabajo, deben tenerse en cuenta una serie de puntos que serán esenciales ya que pueden marcar el diseño y desarrollo del mismo. A continuación, pasamos a detallar algunos de estos puntos que deben revisarse cuidadosamente antes de empezar a trabajar.

2.1. Revisar las indicaciones de la organización. Todo congreso nos va a facilitar una serie de instrucciones técnicas, como puedan ser el tamaño, orientación, logos e incluso plantillas específicas, que deberán ser de obligado cumplimiento a la hora de enviar y presentar el póster académico en el congreso o reunión a la que nos dirigamos.

Por ejemplo, en cuanto al tamaño u orientación no podemos asumir que "siempre" es igual ya que este tipo de información la deberemos tener muy presente a la hora de establecer los criterios para crear nuestro póster en la herramienta informática de nuestra elección.

Por otro lado, el uso de las plantillas que puedan ser indicadas desde la organización del congreso o si ésta no posee una plantilla determinada, es posible que la institución donde realicemos nuestro trabajo exija el uso de una plantilla estándar. Sea cual fuere el caso, este punto no debe olvidarse ya que es algo muy importante al poder influir directamente en el diseño del póster.

Sin olvidar que, en ocasiones, algunas organizaciones de congresos o reuniones indican los apartados mínimos que deben ser incluidos en el

póster, lo cual también puede influir sobre el diseño del póster que hagan los investigadores.

## 2.2. Elegir el programa a utilizar

Aunque el que se utiliza con mayor asiduidad es *Microsoft Publisher* o *Power Point*, no se deben descartar otros programas para preparar los pósteres como *Canva*, *Adobe Illustrator* o *Indesign*. Lo más importante es que domines el programa elegido o al menos sentirse muy cómodo en su uso.

En este sentido, no debe olvidarse que existe la posibilidad de contactar con el servicio de biblioteca del centro o institución donde se desarrolle la actividad de investigación y en el que puede recibirse ayuda para el diseño y manejo del póster usando este tipo de herramientas.

## 2.3. Planteamiento del guión de trabajo

Es en esta fase en la que el investigador debe plantearse una serie de preguntas que serán el hilo conductor del trabajo a exponer en el póster y que se orienten a facilitar su lectura y la idea que se desea transmitir al público.

En primer lugar, es importante pensar cuál es la audiencia objetivo al que se va a dirigir esta comunicación, planteando preguntas tales como ¿Qué les puede interesar a los asistentes? ¿Cuál sería el nivel de conocimiento (y capacidad de entender lo que expresas) del público al que deseas llegar? ¿Cómo puedo llamar la atención para que el póster sea leído?

Con respecto a llamar la atención del público, además de plantear un diseño interesante, combinación de colores que atraigan la atención y un tamaño de letra adecuado para su lectura a distancia, es esencial plantear un flujo de lectura adecuado. Es decir, cómo se va a estructurar el póster para que

se lea, ya sea de arriba abajo, de izquierda a derecha, en columnas, etc. (ver figura 1). Lo que se decida a este respecto, luego debe mantenerse al desarrollar el diseño y preparar el póster.

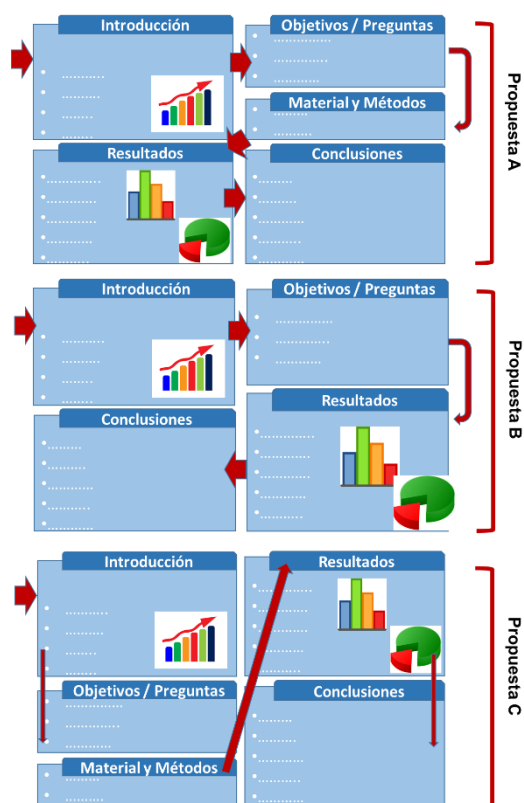


Figura 1. Tres posibles esquemas de lectura del póster donde las flechas rojas indican el sentido de la lectura.

Otro aspecto importante y que entronca directamente con la capacidad de comunicación que pueda tener este póster, atendiendo a la audiencia objetivo y el congreso, es el tipo de lenguaje se va a utilizar. Es decir, el nivel de codificación y uso de tecnicismos que podremos utilizar sin que se desvirtúe el sentido del mensaje a comunicar. No será lo mismo el tipo de lenguaje y nivel de tecnicismos si el póster se orienta a un congreso específico del entorno de la oncología, pudiendo utilizar gran número de ellos, que si se enfoca a algo más general o es incluso un congreso o reunión de pacientes, que tendrá un enfoque más divulgativo y el uso de tecnicismos deberá restringirse mucho. La máxima en

este punto es plantear el uso del lenguaje adecuado a cada audiencia, ya que, si no se entiende el mensaje, por complejo o simplismo excesivo, no se comunica y el objetivo del póster no se habrá conseguido.

Sección	Tamaño de letra
Título del póster	entre 72 y 90
Encabezados de sección	entre 48 y 60
Texto normal	entre 30 y 36
Referencias	entre 16 y 22
Agradecimientos	entre 16 y 22

Tabla1. Propuesta de intervalos de tamaño de letra en relación a la sección del póster académico.

#### 2.4. Detalles técnicos

En este momento es en el que se debe tener presente algo muy importante a la hora de elaborar un póster y es tanto el tipo de fuente a utilizar como el tamaño de la misma.

Con respecto al tipo de fuente, es recomendable utilizar siempre la misma, pero en el caso de combinar entonces sería adecuado no utilizar más de dos tipos de fuentes diferentes. Con respecto a los tipos de fuentes que pueden facilitar la lectura de un póster, se pueden citar: Arial, Times New Roman o Calibri, que aseguran una buena lectura a distancia. Otros tipos de fuentes, que si bien pueden resultar atractivas de cortas distancias, pueden resultar un fracaso a la hora de utilizarlas en un póster científico, un ejemplo de este tipo e fuente serían: Brush script o Comic Sans.

En relación con los tamaños de letra a utilizar, puede oscilar desde un tamaño 90 a algo como 18 o 22, todo depende de la sección a la que hagamos referencia. En la tabla 1 se puede encontrar una sugerencia del tamaño de letra en función de la sección.

#### 2.5. Diseño del póster

Antes de comenzar a plantear el introducir la información en el póster, es recomendable plantear el tipo de diseño, que se va a utilizar. Es en este punto cuando puede abordarse la combinación de colores que podrá utilizarse para intentar desarrollar un póster que resulte agradable al público.

Aunque inicialmente este punto pueda resultar complejo de abordar, una sugerencia es revisar póster de otros años o incluso carteles de publicidad para ver qué combinaciones de colores han utilizado y si éstas nos parecen adecuadas para nuestro póster, poder replicarlas.

Será importante el hecho de combinar los espacios en color blanco, además de los espacios en los que no se va a escribir nada. La adecuada combinación de estos dos elementos aportará un aspecto agradable al póster. Es muy importante, desde el punto de vista estético, que no se escriba en todos los lados posibles.

Algunas herramientas que pueden ser utilizadas a la hora de visualizar esta paleta de colores, entendida como el conjunto de colores que combinan perfectamente, que aplicar al póster son: *Mycolorspace*, *material design o colors*. Luego, independientemente del programa seleccionado para desarrollar tu póster, en todos ellos podrás aplicar estos colores de modo que el aspecto general de tu póster puede resultar atractivo en base a los colores utilizados y la estructura aplicada.



### 3. Desarrollo del póster

#### 3.1. Encabezado

Esta parte es importante ya que, a priori, es la que va a llamar la atención por lo que utilizar un título corto y llamativo suele ser una gran opción para aumentar las posibilidades de que tu póster sea visitado. Asimismo, es en esta parte donde los logos de las instituciones, ya sea de las que organizan el congreso como de aquellas donde los investigadores que firman el póster desarrollan su actividad, deben ser incluidos.

Dentro del encabezado se encuentran las siguientes partes:

##### Título:

En ciencias de la salud muchos investigadores tienden a usar el título "descriptivo" donde no se tiene en cuenta el número de palabras que lo conforma, es decir que lo importante es que cuente de qué va el estudio. Sin embargo, debe ser tenido en cuenta que un título extenso y poco claro no facilitará que el póster sea atractivo.

Una buena sugerencia para hacer un título atractivo es que no tenga una extensión mayor a 12 palabras y que sintetice lo máximo posible el trabajo expuesto. Es, por tanto, interesante valorar que el título de un póster es, en sí mismo, una herramienta clara de marketing del trabajo expuesto y de los propios investigadores.

##### Autores y afiliación:

Deben aparecer todos los autores que han participado en el desarrollo del trabajo y la afiliación, es decir las instituciones que son representadas por los autores y en donde la investigación fue desarrollada.

#### 3.2. Cuerpo principal del póster.

En este punto es importante destacar la frase de "menos es más", ya que la capacidad de síntesis es esencial para generar un póster que no esté saturado de texto, sino que tenga la cantidad necesaria que aporte la información veraz de forma concisa.

Una propuesta de extensión del contenido por cada una de las secciones que pueden conformar este cuerpo principal es de 100-150 palabras<sup>7</sup>.

##### 3.2.1. Introducción

Como en cualquier tipo de comunicación científica, se utilizará la introducción para explicar la razón de ser del estudio planteado, exponiendo las preguntas de investigación e indicando por qué este estudio pudiera ser novedoso para el área específica de actividad o para la sociedad.

##### 3.2.2. Objetivos del estudio

Este apartado puede incluso estar dentro de la introducción, por lo que será decisión de los autores si tiene razón de ser incluirlo o no.

Se incluirá la información relativa a las hipótesis de trabajo y qué se espera conseguir con el desarrollo de este trabajo de investigación.

##### 3.2.3. Material y métodos

Se incluirá información sobre la población objetivo, el tamaño de la muestra, la duración del estudio o los criterios de inclusión /exclusión del estudio, sin olvidar mencionar los análisis estadísticos propuestos, entre otros detalles de desarrollo del estudio.

Además, deberá incluirse obligatoriamente la información relativa al consentimiento ético del desarrollo de ese proyecto por parte del Comité ético de investigación que correspondiente, indicando el código de

referencia de la valoración de ese proyecto, siempre y cuando el proyecto de investigación se realice con seres humanos o partes de éstos.

#### 3.2.4. Resultados de tu estudio

En esta sección se incluirán los resultados derivados de la recolección y análisis de los datos obtenidos durante el estudio.

En este punto y atendiendo a que el póster es una herramienta de comunicación eminentemente visual, es recomendable utilizar gráficos y figuras que expresen los resultados de dichos análisis. En este sentido los autores deberán ser muy cuidadosos a la hora de elegir el mejor tipo de gráfico posible para que exprese de forma adecuada lo observado.

Asimismo, en ciencias de la salud es habitual que se utilicen fotografías de pacientes en este apartado ante lo cual resulta imprescindible recalcar la necesidad de cumplir todos los requerimientos éticos pertinentes. La imagen de un paciente es propiedad de dicho paciente y no de los investigadores o profesionales sanitarios que la tomen, para poder exponerla en un trabajo de investigación como pueda ser un póster académico, los autores deben contar con el consentimiento expreso, y por escrito, del paciente para su difusión y uso. Si no se cuenta con ese permiso, es importante que no se utilicen las imágenes.

#### 3.2.6. Conclusiones

Las conclusiones del estudio, derivadas de la interpretación de los datos analizados serán detalladas en este apartado. En muchas ocasiones puede resultar de interés exponerlas en forma de listado ya que facilita su lectura y comprensión por parte de la audiencia.

#### 3.2.7. Referencias

Resulta importante destacar que en muchas ocasiones se encuentran póster que no incluyen la bibliografía utilizada y es una corriente, en el desarrollo de lo póster muy extendida.

En el caso en que se incluya la bibliografía está se suele incluir en la parte inferior del póster con un número no muy elevado de referencias bibliográficas y utilizando un tamaño de fuente como el indicado en la tabla 1.

#### 3.2.8. Agradecimientos.

Si se incluye este apartado, se suele enfocar a las organizaciones que hayan podido conceder algún tipo de financiación para la realización del estudio. Asimismo, también puede citarse a alguna institución o persona que hayan sido importantes para el desarrollo del estudio, ya sea facilitando instalaciones o medios técnicos, o en el caso de las personas, aquellas que hayan podido dar consejos y asesoramiento en un momento puntual del proceso de investigación.

#### 3.3. Información de contacto

Para finalizar introducir un elemento cada vez más habitual resulta esencial para que el póster tome una dimensión de herramienta de comunicación potente, me refiero a facilitar la información de contacto de la persona que vaya a exponer el póster.

No se debe olvidar que un póster es una forma de intentar establecer relaciones y futuras colaboraciones en materia científica, para lo cual es esencial que el público interesado sepa quién es y cómo ponerse en contacto con la persona que ha desarrollado la investigación expuesta en ese póster (ver figura 2).

La ubicación dentro del póster de esta información sería en la zona inferior derecha del póster.



Figura 2: Ejemplo de imagen a incluir con la información de contacto del autor del póster.

#### 4. La parte final

Una vez que hemos acabado todo el proceso de diseño y edición de nuestro póster académico, llega el momento de preparar el formato de presentación. En este caso puede encontrarse con: i) Presentación en formato papel o ii) Presentación en formato póster electrónico.

En el caso de los pósteres impresos es importante que el investigador haya contactado con su institución para saber si ésta tiene la posibilidad de imprimir el póster o, si por contra, trabaja con alguna empresa que realice esa tarea. Si no se diese ninguna de las dos circunstancias el investigador deberá buscar, por sus propios medios, una empresa que imprima su póster.

Un consejo adecuado si se debe presentar el póster de este modo es asegurarse de hacerlo con tiempo suficiente, en previsión de posibles inconvenientes, y que se dispongan el medio de transporte adecuado para poder trasladar el póster sin que sufra ningún desperfecto hasta la zona de exposición del congreso.

Para finalizar, se debe tener mucho cuidado con el papel elegido para imprimir el póster, en este sentido sería más adecuado utilizar papel con acabado mate ya que el brillante puede generar reflejos por la iluminación del lugar de exposición lo que impedirá su correcta visualización.

En el caso de un póster electrónico, e-póster, éstos se expondrán en pantallas en la zona de exposición y al no ser más que un archivo electrónico que ya se envió a la organización el investigador no debe llevar nada. Es conveniente consultar con la organización si sólo se mostrarán imágenes estáticas o si por contra también pueden introducirse vídeos o animaciones, ya que en el caso de que esto pueda darse es importante a la hora de preparar el póster.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Ávila R, Martínez R. ¿Publicar o no publicar? La importancia de las publicaciones en los programas doctorales. Redip Unexpo VRB. 2012; 2(1): 56-67.
2. Singh MK. Preparing and presenting effective abstracts and Pósters in psychiatry. Acad Psychiatry. 2014; 38(6): 709-15.
3. Gopal A, Redman M, Cox D, Foreman D, Else E, Fleming S. Academic Póster design at a national conference: a need for standardized guidance?. Clin Teach. 2017; 14(5): 360-4.
4. Cerezal Pesquera L. Cómo preparar un póster para un congreso. Radiología. 2013; 55(1): 8-16.
5. Ilic D, Nicholas R. What is the evidence that Póster presentations are effective in promoting knowledge transfer? A state of the art review. Health Info Libr J. 2013; 30(1): 4-12.
6. Bavdekar SB, Vyas S, Anand V. Creating Pósters for effective scientific communication. J Assoc Physicians India. 2017; 65(8): 82-8.
7. Gundogan B, Koshy K, Kurar L, Whitehurst K. How to make an academic Póster. Ann Med Surg (Lond). 2016;11: 69-71.



# xeros dentaid

máxima  
hidratación y cuidado  
de la boca seca



*¡Stop!*  
**BOCASECA**

Mejora la calidad de vida de tus  
pacientes con Xerostomía.

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



**DENTAID**

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

**SEEO**

Sociedad Española de  
Enfermería Oncológica

## Hazte socio

### ¿Por qué debo asociarme?

- Porque tenemos los mismos objetivos.
- Porque nuestros problemas son similares.
- Porque nuestro compromiso es el de responder a las demandas de la sociedad con seguridad y competencia.
- Porque debemos renovar y compartir nuestros conocimientos, habilidades y técnicas de una forma continuada.
- Porque tu voz se oye más clara, más fuerte y más lejos unida a las de tus compañeras/os.
- Porque unidos, podemos conseguir una identidad profesional propia.
- Porque todos te necesitamos.

### ¿Qué te proporciona la SEEO?

- Descuentos en congresos y cursos organizados por la SEEO.
- Recepción de la revista de la sociedad.
- Un marco donde formarnos.
- Fondos bibliográficos.
- Guías prácticas clínicas.

## Ponencias invitadas

### Los distintos roles de la enfermera oncológica

#### **MODELOS DISTINTOS DE PRÁCTICA AVANZADA EN ESPAÑA (MALLORCA)**

**Elena Orvay Vázquez**

Enfermera de Práctica Avanzada Hospitalaria  
(Hospital Universitari Son Espases)

Para empezar a hablar sobre la enfermera de práctica avanzada (EPA) primero vamos a intentar explicar muy brevemente de dónde viene el término.

La aparición de este rol surgió en EEUU, ya en los años 40, con dos figuras como referentes; Nurse Practitioner y Clinical Nurse Specialist, mientras que la primera surge de la necesidad de que las enfermeras desarrollaran cierta auto-nomía en la gestión de los cuidados de determinados tipos de pacientes, la segunda surge del avance de la actividad enfermera mediante la calidad de los cuidados<sup>1</sup>.

En 2008 el CIE define la EPA cómo "Enfermera con formación postgrado de máster, con conocimientos expertos, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional amplio adaptado a su contexto"<sup>2</sup>.

Entre los modelos destacados que tratan la Práctica Avanzada, podemos encontrar los de Hamrich y Strong Model<sup>3,4</sup>.

A raíz de ahí, empiezan a surgir roles de enfermera de práctica avanzada muy heterogéneos por todo el territorio internacional y existe una falta de unificación de nomenclatura, de los dominios y de las competencias que debe tener la EPA. En España

existen muchas enfermeras que desarrollan un rol avanzado pero que no está definido como tal. Es por eso que en Baleares, un grupo investigador, intentó definir estas competencias mediante el método Delphi, llegando a la conclusión de que son 8 dominios<sup>2</sup>:

- Investigación y Práctica Clínica Basada en la Evidencia
- Liderazgo Clínico y profesional
- Autonomía profesional
- Relaciones Interpersonales y Mentoría
- Gestión de Calidad
- Gestión de los Cuidados
- Educación y Enseñanza Profesional
- Promoción de la Salud

A nivel práctico se desarrolló el instrumento IECEPA basado en estos 8 dominios. Este instrumento de autoevaluación de 44 ítems explora las competencias que desarrolla la enfermera en los diferentes dominios para poder discernir a las que son EPA<sup>5</sup>.

Por lo tanto, para responder a la pregunta de qué modelos de EPA tenemos en España, podemos decir que más que modelos diferentes, hablamos de experiencias distintas, ya que hay una gran heterogeneidad en las enfermeras que están desarrollando su rol avanzado.

Por ejemplo, la gestión de casos como pioneros en Andalucía, las estrategias contra la cronicidad en el País Vasco, la atención urgente en atención primaria de Cataluña...

Por otro lado, desde mi punto de vista, para mí no existe una discusión de competencias entre la práctica avanzada vs la especialidad, sino que

la especialidad de la enfermera oncológica sería la adquisición de todos aquellos conocimientos específicos del paciente oncológico que debería poseer la enfermera de práctica avanzada. Por lo tanto los considero incluyentes y no al contrario, una enfermera podría desarrollar su profesión como enfermera especialista en oncología sin la necesidad de convertirse en una enfermera de práctica avanzada ya que sus competencias son distintas, pero la enfermera de práctica avanzada debería tener los conocimientos de la especialista para desarrollarse plenamente como EPA.

Entonces, ¿qué es lo que estamos haciendo en Baleares?

Hace un año, en Mallorca, se puso en marcha el proyecto EPAH, pero EPA con H, Enfermera de Práctica Avanzada Hospitalaria. En un primer lugar, se eligieron tres hospitales de Mallorca; el Hospital Comarcal de Inca, el Hospital Comarcal de Manacor y el Hospital Universitario Son Espases, del que yo formo parte. Y se seleccionaron, de 5 unidades distintas, médicas y quirúrgicas, a aquellas personas que podían cumplir con la mayoría de los dominios establecidos para la definición de EPA. Tenían que participar de forma voluntaria en el pilotaje y además se seleccionaban mediante votación de los profesionales de las propias unidades. De las personas elegidas, se nos dio formación específica sobre las diferentes competencias para desarrollar el rol avanzado.

Recientemente, el Proyecto EPAH ha crecido con la incorporación de los compañeros del Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca, y los Hospitales Comarcales Mateu Orfila de Menorca y Hospital Can Misses de Ibiza.

Lo que diferencia la figura de la EPAH con H, del de otras enfermeras de rol avanzado en oncología, es que,

concretamente en mi caso, yo no soy una enfermera de práctica avanzada oncológica, sino que soy una enfermera de práctica avanzada HOSPITALARIA y mi ámbito de actuación es, entre otros, la oncología.

¿Cómo se traduce esto en términos prácticos?

La unidad de oncología y ginecología del Hospital Universitario Son Espases cuenta con una enfermera más en el turno de mañana, de lunes a viernes, y mis funciones principales son:

- Consultoría en toma de decisiones complejas.
- Facilitar la continuidad de cuidados a pesar de la rotación de turnos.
- Búsqueda proactiva de necesidades.
- Individualización de los cuidados.
- Intervención terapéutica con familiares y pacientes.
- Trabajo interdisciplinar.
- Formación de nuevo personal.
- Implantación de buenas prácticas.
- Apoyo a la investigación e investigación primaria.
- Revisión de protocolos y planes de cuidados.

¿En qué se traducen todas esas funciones?

- Hacemos el seguimiento de las heridas y úlceras por presión complejas.
- Valoración y planificación de cuidados con los auxiliares y enfermeros de pacientes con Braden de riesgo.
- Creación de sesiones formativas entre iguales, de temas elegidos por los enfermeros y auxiliares de la unidad.
- Hemos diseñado un proyecto de investigación para las pacientes de cirugía de cáncer de mama con el fin de disminuir la variabilidad en sus cuidados de todo el proceso asistencial, incluyendo al equipo interdisciplinar.



- Elaboración de documentos que faciliten la cumplimentación de los registros informáticos.
- Auditorías internas y posterior *feedback* a los profesionales de la unidad.
- Soporte en técnicas de enfermería.
- Búsqueda de evidencia.
- Facilitación de los registros con la colaboración del servicio informático.
- Educación sanitaria a pacientes.

Todas estas funciones, aunque se desarrollen principalmente de forma directa o indirecta en los pacientes oncológicos, no está únicamente acotada a ellos, ya que en la unidad se producen ingresos ectópicos que son igualmente valorados junto al resto de pacientes.

Evidentemente, la incorporación de una nueva figura como la que se está implantando ahora en Baleares, la de la EPAH pero con H, no es sencillo. El proyecto está respaldado con un equipo investigador muy potente, que nos asesora y guía en el camino, pero todos somos nuevos en esta experiencia y existen muchas dificultades y barreras, tanto propias como ajenas, a las que hacemos frente cada día.

Para mí es imprescindible el apoyo que recibo tanto del equipo de profesionales que configuran nuestra unidad, como el de mi supervisora y el de las otras compañeras que están en el proyecto, al igual que la dirección del hospital, que apostó por el proyecto.

Los cambios no son sencillos, y en general, somos reticentes a las nuevas figuras, pero la EPAH, no es más que el apoyo necesario para sostener un sistema en el que las enfermeras de práctica asistencial, debido a la sobrecarga que presentan, no son capaces de incorporar la práctica clínica basada en la evidencia en la medida que es necesaria para

reducir la variabilidad y poder dar los cuidados de máxima calidad. Como dice Luis, EPAH del Hospital de Manacor, "la evidencia debe estar a pie de cama."

Si algo puedo decir de este año, es el gran aprendizaje que he realizado en el camino, al ser más consciente del contexto en el que nos movemos y de la necesidad imperiosa de remar todos en el mismo sentido para conseguir un objetivo común: El bienestar en todos los sentidos de nuestros usuarios.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. San Martín-Rodríguez, L. Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. *Enferm Clin.* 2016;26(3):155-157
2. Sastre-Fullana, P, et al. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin.* 2015
3. Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M (EDS.).(2000). *Advanced nursing practice: An integrative approach.* Saunders.
4. Mick, D.J., & Ackerman, M.H. (2000). *Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: Application of the strong model of advanced practice.* *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 29(3), 210-221
5. Sastre-Fullana, P., Morales-Asencio, J.M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J.C., & De Pedro, J. (2017). *Advanced Practise Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation.* *BMJ open*, 7, (2), e013659.

## **ROL DE PRÁCTICA AVANZADA EN UN HOSPITAL ESPAÑOL**

**Patricia Beorlegui Murillo**

Enfermera Clínica Avanzada Oncología.  
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

### **DEFINICIÓN:**

La práctica avanzada a nivel internacional es un rol ampliamente desarrollado. En países como son Canadá, Estados Unidos, Inglaterra o Australia existen diferentes perfiles de práctica avanzada. Los dos más desarrollados son la enfermera CLINICAL NURSE SPECIALIST y la enfermera NURSE Practitioner's.

Independientemente del perfil todos comparten un marco en el que se desarrolla la práctica de manera extensa. En todos estos perfiles viene definido la necesidad de tener un nivel de máster y una experiencia amplia y con un foco de especialización.

En la Clínica Universidad de Navarra desde hace unos años se está implantado una enfermera clínica avanzada que corresponde a la CLINICAL NURSE SPECIALIST (en adelante, CNS). La asociación americana de enfermeras define la CNS como una "Enfermera experta en práctica basada en la evidencia, en una serie de áreas especializadas como la oncología, pediatría, geriatría, salud mental, salud del adulto, cuidados críticos/agudos y en salud comunitaria, entre otros.

Además del cuidado directo, también está comprometida con la formación, el mentorazgo, consulta, investigación y gestión y mejora de los sistemas. Capaz de adaptar su práctica a los cambios e influye en gran medida en los resultados, proporcionando consulta e implementando mejoras en todos los sistemas de salud" (AACN, 2004).

A través de UN LIDERAZGO CLÍNICO y siendo AGENTE DE CAMBIO acerca lo que se debe hacer con lo que se

hace. La enfermera de práctica avanzada ofrece:

- Apoyo clínico en el cuidado del paciente, a "pie de cama".
- Oportunidades de desarrollo de la práctica
- Oportunidades de desarrollo de los profesionales

### **MODELO CONCEPTUAL:**

El modelo conceptual seleccionado para implementar el ROL AVANZADO en la Clínica Universidad de Navarra fue el modelo PEPPA (Proceso Participativo, para la Enfermería de práctica avanzada, centrado en el Paciente y basado en la Evidencia). Este modelo, propuesto por Bryant-Lukosius & Dicenso (2004), se escogió porque guía en la práctica centrada en el paciente, crea un entorno adecuado para el desarrollo de la práctica avanzada, proporciona un enfoque sistémico y basado en la evidencia y porque permite la evaluación continua del rol avanzado en base a los resultados obtenidos con el nuevo plan de cuidado.

### **JUSTIFICACIÓN:**

Indudablemente nuestra sociedad se enfrenta a nuevos retos económicos, políticos, demográficos, sociales y culturales que requieren de unos servicios sanitarios capaces de satisfacer las crecientes necesidades en salud de la población, especialmente en el abordaje de los procesos crónicos. En la clínica tenemos cuatro figuras de práctica avanzada: área de críticos, salud mental, unidad de dolor y oncología.

La implementación de este rol se realizó en Oncología puesto que es un área muy extensa integrada por varios equipos de enfermería y con la idea de unificar criterios de actuación. La Clínica Universidad de Navarra es un hospital universitario que da asistencia a nivel terciario con alta especialización. Cuenta con alrededor de 300 camas y alrededor de 800 profesionales de enfermería.

La unidad de oncología y hematología cuenta con 33 camas y 24 boxes de atención ambulatoria. Mi papel es ser transversal dando soporte a todas las áreas oncológicas como son la unidad de hospitalización, hospital de día y consultas externas. En todas ellas hay equipos de enfermería diferentes.

### **FUNCIONES, COMPETENCIAS Y PROYECTOS:**

La función principal es el apoyo en el cuidado directo del paciente y su familia. Identifico junto con las enfermeras necesidades que pueda tener el paciente y derivado de esto se puede traducir en el desarrollo de guías y protocolos actualizados que den respuesta a las nuevas de necesidades.

Este perfil se desarrolla a través de las siguientes competencias: práctica clínica directa, coaching, consulta, investigación, liderazgo, colaboración y toma de decisiones. Todas deben estar presentes y orientadas al paciente y su familia.

Es muy importante diferenciar las funciones y competencias que pueden tener una supervisora y una enfermera de práctica avanzada. Con roles diferentes comparten competencias. La supervisora se dedica más a la gestión de recursos y de Personal y a la evaluación de los profesionales. La enfermera de práctica avanzada en cambio es un acompañamiento directo a pie de cama y es muy importante que haya un trabajo conjunto con la supervisora en todos los niveles. El trabajo mano a mano con las dos supervisoras es importante; identificando necesidades de formación o describiendo objetivos de mejora en cada una de las unidades. Una de las cosas que ha estado trabajando es el registro informatizado y compartido en todas las unidades. Esto fue una de las primeras cosas en las que nos pusimos a trabajar cuando empecé este rol con la idea de asegurar el cuidado continuo.

También otro de los objetivos está siendo tener una guía de actuación para todos los profesionales en los diferentes procesos o necesidades que van presentando los pacientes en oncología. Las guías que hasta ahora se han redactado son para el cuidado de accesos venosos, guía para uso y manejo de drenaje torácico y abdominal permanente para domicilio, el uso de antisépticos, el cuidado del reservorio venoso, entre otros.

Una de las competencias clave en este perfil es la Práctica Clínica Directa, que dependiendo de la complejidad del paciente o de los procedimientos variará un poco. Es clave acompañar a los profesionales para conocer una nueva técnica o cumplir con un nuevo procedimiento.

Otra de las funciones es participar en el "Desarrollo y revisiones de estándares de la práctica": este último año he colaborado en la guía clínica de los Accesos Venosos de todo el hospital, con el objetivo de protocolizar la indicación, colocación y mantenimiento de los catéteres venosos. También colaboro con un grupo de trabajo que define el reconocimiento y actuación cuando la condición de un paciente muestra signos de deterioro clínico. Los resultados preliminares parecen indicar que el proyecto ha tenido un impacto positivo en diferentes indicadores (Mortalidad en pacientes hospitalizados, paradas cardiorrespiratorias en pacientes hospitalizados e ingresos no programados en el Área de Críticos).

Otra de las competencias clave que tengo en mi rol es el acompañamiento de los profesionales en su desarrollo profesional. Hay varios perfiles en la unidad, enfermeras de nueva incorporación, auxiliares, técnicos y enfermeras con mucha experiencia. Cada uno de los profesionales tiene una necesidad diferente y junto con las supervisoras y con ellas

definimos necesidades de formación del año.

La Clínica Universidad de Navarra oferta Programas propios de Especialización en Enfermería que compaginan el ejercicio de la profesión con una formación teórica y práctica especializada. Ofrecemos un programa de especialización con contrato laboral y tenemos varias especialidades que no existen a nivel nacional, como son la de Oncología misma y Cardiología. Como rol avanzado soy la coordinadora de dicho programa.

Creemos que una competencia clave también es el desarrollo de una práctica basada en la evidencia. Al comienzo se hizo un estudio transversal para identificar que síntomas estaban siendo los más prevalentes en los pacientes que atendíamos. Dos de los síntomas que más afectaban a los pacientes eran la xerostomía y la astenia. Partiendo de este estudio definimos una línea para implementar mejoras en el manejo de LA ASTENIA. Primero en la unidad de hospitalización realizamos un proyecto de Práctica Basada Evidencia, nos cuestionamos si los pacientes de trasplantes de progenitores hematopoyéticos podrían beneficiarse del ejercicio físico en el trasplante. Hicimos un grupo de trabajo, para revisar la bibliografía que evaluara la efectividad del ejercicio en este contexto. Se encontró pautas de ejercicio con impacto positivo en otros entornos y diseñamos junto con los fisioterapeutas el ejercicio. Presentamos el nuevo procedimiento a las enfermeras implicadas y al equipo médico y se comenzó en las unidades.

Incorporar la investigación a la práctica clínica es una función que estoy desarrollando a través de implantación de guías prácticas. También hemos desarrollado un ensayo clínico aleatorizado que mide el impacto del ejercicio físico en el

paciente que acude a hospital de día para tratamiento

#### **BARRERAS Y FACILITADORES:**

Las barreras y facilitadores que he encontrado durante este tiempo, son variadas. Como facilitadores destacaríamos a la propia institución que definió el puesto y apostó por su implementación. La experiencia y la cercanía en la práctica también han sido un apoyo. Como barreras podría decirse que el desconocimiento del rol por parte del equipo y del mío propio ha podido ser una barrera junto con el área extensa. También las reticencias al cambio pueden frenar algún proyecto puesto que este perfil es un agente que ofrece cambios

#### **CONCLUSIONES:**

Creemos que es importante definir el rol desde el principio e instaurarlo con un marco conceptual. El aspecto clave del PERFIL es que se desarrolle desde la misma práctica clínica. La inmediatez con la que se puede conocer e identificar necesidad en la mejora de la práctica clínica hace que se acerque lo que se hace con lo que se debe hacer para garantizar una práctica clínica de calidad y seguridad.

Nos hemos dado cuenta de que cuanto más desarrollado está el perfil, existe más reconocimiento por parte de todos los profesionales y también se traduce en más proyectos. Creo que indudablemente ayuda al desarrollo profesional de las enfermeras de nueva incorporación, pero también a las enfermeras de más experiencia.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Asociación Americana de Enfermería en Críticos, Diciembre 2009. Disponible en <https://www.aacn.org/store/books/128105/clinical-nurse-specialist>
2. Bryant-Lukosius & Dicenso (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal Advanced Nurses.*, 48(5):530-40.



## ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN INGLATERRA

**Celia Díez de los Ríos de la Serna**

Enfermera de Práctica Avanzada en oncología médica. Non-Medical Prescriber  
Member of the EONS Education Group and the Young Cancer Nurses Group  
Correo electrónico: celiadiezrios@gmail.com

### Introducción

En el congreso de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) en mayo de 2019 se discutió el rol de la Enfermería de Práctica Avanzada. Así como en Inglaterra este tipo de trabajo está muy bien instaurado en España apenas está empezando a hablarse de él.

En este artículo una Enfermera de Práctica Avanzada en Oncología de Inglaterra explica los orígenes, el presente y el posible futuro de la enfermería de práctica avanzada dentro de oncología y plantea posibles riesgos y retos de este cometido.

**Key words:** *Enfermería de Práctica Avanzada, Nurse Practitioner*

### Inicios de la EPA

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) empieza a surgir en los años 80 en respuesta a una necesidad por falta de profesionales sanitarios<sup>1</sup>. Pero no es hasta los años 90 cuando se empieza a mostrar interés sobre el rol de la EPA en distintos artículos de enfermería. Por entonces no había consenso en qué significaba la EPA<sup>2</sup>. Mientras muchos autores consideraban que era lo mismo que una enfermera especialista o gestora de casos<sup>3,4</sup>, otros consideraban que eran tareas distintas y que la EPA necesitaba una formación diferente para asumir otras responsabilidades, viendo este rol como una evolución dentro del desarrollo de la enfermería de forma más general que la formación en una especialidad<sup>5,6,7</sup>.

El trabajo de la EPA ha evolucionado mucho desde sus inicios. En 2017 Health Education England<sup>8</sup> definió la práctica avanzada como un nivel más

dentro de la práctica en la que se forma a profesionales con experiencia para poder tomar decisiones complejas de forma autónoma. La formación necesaria es un máster que incluye los cuatro pilares básicos: práctica clínica, gestión, educación e investigación. (Figura 1).



Figura 1: Pilares de la Enfermería de Práctica avanzada

El Royal College of Nursing (RCN)<sup>9</sup>, organismo que ha puesto en marcha una regulación de la EPA para comprobar que todos los profesionales que utilizan este título están correctamente formados, definió a la EPA como un nivel dentro de la práctica de enfermería y no un tipo de práctica. Con esto el RCN quiso exponer que la EPA es un paso más que dan las enfermeras con experiencia en un ámbito para poder trabajar en equipo con la formación y la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma sobre sus pacientes.

Ambos organismos dejan claro en sus definiciones que la enfermería de práctica avanzada no es una especialidad sino una continuación en la formación de las enfermeras para poder actuar de forma más autónoma.

Las enfermeras de práctica avanzada trabajan en los cuatro pilares básicos pero su formación tiene dos ramas: 1. la académica, en la que durante el máster obtienen conocimientos generales sobre investigación, farmacología y prescripción, anamnesis y examen físico, etc., y 2. la formación en el hospital específica de cada especialidad en la que se centra la EPA que se está formando. Como examen

final dentro de la formación de máster la EPA ha de demostrar sus capacidades y competencias en el ámbito concreto en el que se trabaja, de modo que, aunque una enfermera formada como EPA es capaz de trabajar de enfermera generalista y aplicar muchos de sus conocimientos, en otras áreas de trabajo no serán tan autónomas puesto que sus capacidades avanzadas y las medicaciones que prescribe están centradas en su lugar de trabajo principalmente.

### Enfermería de Práctica Avanzada en Oncología

La EPA en oncología empezó a raíz de un informe que investigaba el elevado número de muertes en pacientes de cáncer a lo largo de los primeros 30 días de recibir un trata-miento sistémico contra el cáncer<sup>10</sup>. Este informe investigaba si la muerte de estos pacientes estaba relacionada con la toxicidad del tratamiento, la progresión de la enfermedad u otras causas. Se vio que el 49% de los casos de muertes en los primeros 30 días de tratamiento, podrían haberse prevenido, sobre todo casos de sepsis en los que había mucho retraso en identificar las causas de la fiebre y en tratar la sepsis. En las conclusiones del informe se recomendaba que todos aquellos hospitales que administraran tratamientos sistémicos contra el cáncer tuvieran un servicio de urgencias entrenado para tratar las complicaciones del tratamiento y la enfermedad, y que los pacientes deberían estar formados para identificar los posibles síntomas, especialmente la sepsis. En 2009 el National Chemotherapy Advisory Group<sup>11</sup> y el National Institute for Clinical Excellence<sup>12</sup> recomendaron que se crearan servicios de urgencias oncológicas.

Los servicios de urgencias oncológicas son servicios formados por EPAs, con el apoyo de un oncólogo, abiertos 24 horas para asegurar que los pacientes son evaluados y tratados de forma rápida y eficaz. Estos servicios,

en los que los roles y responsabilidades de las EPA varían un poco según su formación, han demostrado un avance del cuidado de los pacientes, mejorando su experiencia, evitando ingresos innecesarios y reduciendo las complicaciones que sufren<sup>13,14</sup>.

La aparición de los servicios de urgencias oncológicas tuvo un impacto enorme en los pacientes y los profesionales de oncología<sup>15,16</sup> y, a su vez, creó una conciencia del enorme valor de las EPA que fueron ampliando sus roles en salas de quimioterapia y más adelante con pacientes ingresados.

### Ejemplo de EPA en un hospital de Inglaterra

En marzo de 2014 la organización contra el cáncer Macmillan apostó por crear, junto a un hospital, un servicio de Enfermería de Práctica Avanzada centrado en los pacientes ingresados. El proyecto fue propuesto después de que el ministerio de Sanidad (Department of Health<sup>17</sup>) definiera las necesidades de los pacientes y cómo abordarlo de forma práctica. En ese informe había un apartado sobre los pacientes con cáncer que durante años solicitaban un cuidado más personalizado durante su tratamiento y, en especial, durante los ingresos. Para ello se buscaron enfermeras especialistas en oncología y con interés en oncología médica, oncología clínica o hematología y se contrató a seis personas para crear y desarrollar este rol durante dos años. En esos dos años se consiguió mejorar la experiencia de los pacientes ingresados, pero también se mejoró el trabajo de los profesionales (Figura 2).

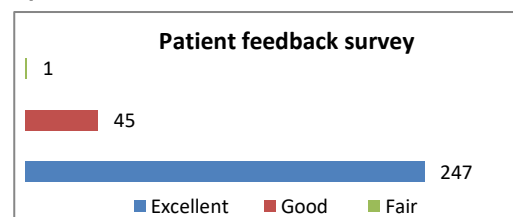


Figura 2: Resultados del cuestionario a pacientes

La tarea diaria mejoraba debido a que las EPAs contribuían a dar mayor fluidez a un trabajo en equipo multidisciplinar. Se comprobó que hubo una disminución en los retrasos en los tratamientos creando servicios ambulatorios y consultas de enfermería para problemas concretos como la retirada de catéteres de Hickmann o la inserción de drenajes de ascitis (Figura 3)<sup>18</sup>.

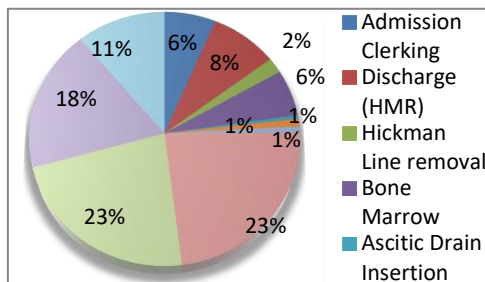


Figura 3: tipos de actividades de EPA

Además, las EPA comenzaron a organizar cursos de formación en el hospital para el personal de oncología. Junto con otros profesionales se crearon cursos generales para nuevas incorporaciones a oncología y otros más específicos a las necesidades que se identificaban en las consultas. Gracias a los estudios que se hicieron en el servicio se diseñó un modelo distinto para la planificación, ingreso y tratamiento de los pacientes que necesitaban recibir quimioterapia ingresados y también se inició un proyecto para crear un servicio en el que estos pacientes tuvieran un centro dedicado a sus tratamientos disminuyendo esperas que actualmente se encuentra en construcción.

### Impacto

Las enfermeras tienen un rol fundamental para abarcar las necesidades de los pacientes, pero en muchas ocasiones falta tiempo, formación o valor para enfrentarse a según qué problemas<sup>19,20</sup>.

Durante los últimos 20 años, y en especial en los últimos años, la EPA ha demostrado que ayuda a cumplir las necesidades no cubiertas de los

pacientes: sobre información de cómo cuidarse ellos, cómo reconocer sus efectos adversos o a quién acudir en caso de preocupaciones o estrés<sup>21</sup>. Mientras vivimos un aumento de pacientes con cáncer al aumentar tanto el número de casos y la supervivencia, en general estamos sufriendo una pérdida de profesionales de enfermería en los hospitales<sup>22</sup>. Las necesidades y complicaciones de los pacientes aumentan, ya que son tratados a edades más avanzadas y aumenta por tanto la carga de trabajo asistencial. Con la creación de distintos modelos de trabajo organizado se puede intentar solventar todas las necesidades que presentan los pacientes<sup>23,24</sup>. (Figura 4)

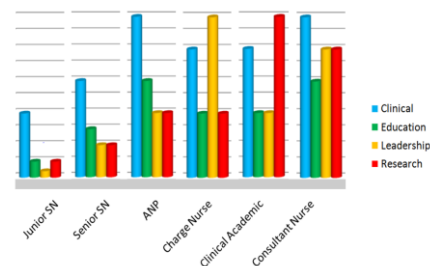


Figura 4: pilares básicos según el trabajo y formación

La EPA, al centrarse en la práctica clínica ha mejorado el cuidado de los pacientes, la formación y el apoyo a los profesionales y ha aumentado la autonomía de los pacientes<sup>25</sup>.

### Retos de la enfermería

Pese a la necesidad de EPA y la evidencia de lo que aportan al equipo multidisciplinar, en muchas zonas de Europa todavía existe la preocupación de que las enfermeras estén asumiendo responsabilidades fuera de su práctica y que las EPA se conviertan en mini-médicos.

A su vez, cada país regula de una forma distinta la formación y capacitación de estos roles creando diferencias en los roles con nombres similares que puede generar confusión. Hoy en día en Europa, Irlanda es el país en el que las EPA están mejor acreditadas con una formación muy definida y con un

número de competencias demostradas para utilizar el título de Enfermera de Práctica Avanzada.

La enfermería en oncología ha sido bien estudiada y se han definido bien los roles y las competencias de las enfermeras según su formación. El colegio de enfermería (RCN y NMC por sus siglas en inglés) y la organización de enfermeras de oncología de Reino Unido (UKONS por sus siglas en inglés), crearon un documento para definir qué formación y competencias deben tener los enfermeros según su trabajo, incluyendo la EPA. (Figura 5)<sup>26</sup>.

Este trabajo, junto al de la Sociedad Europea de enfermería oncológica (EONS por sus siglas en inglés)<sup>27</sup> pretende dar una idea y referencias para identificar el conocimiento y habilidades que deben tener las enfermeras de oncología.

8.0 Evidence-based and applied research in cancer care: learning outcomes	Pre-registered practitioners	Support workers	Registrants providing general cancer care	Registrants providing specialist cancer care			
The practitioner will be able to:	Under supervision		Registered	Senior	Advanced	Consultant	
8.1 evaluate the importance of cancer nursing research to the field of cancer care							
8.2 critically discuss the contribution of information technology to the implementation of evidence-based practice in cancer nursing							
8.3 analyse different sources of information and apply in appropriate							
8.4 describe the principles of cancer clinical trials and the contribution which nurses make to the safe conduct of multidisciplinary research							
8.5 discuss with all practitioners involved in the evidence-based clinical trials							
8.6 define the use of health services' research in cancer service development and explore the role of clinical audit in practice development							
8.7 analyse the research process and range of research methods for cancer service development and explore the role of research and service evaluation in service development							
<b>Practice-based skills and competences:</b>							
<b>The practitioner will be able to:</b>							
8.8 correctly identify the need for clinical evidence and formulate appropriate clinical questions when working in cancer settings							
8.9 make appropriate use of information technologies when reviewing evidence approaches to base cancer nursing interventions in their practice area							
8.10 demonstrate the ability to provide evidence-based rationale for the cancer nursing interventions implemented in their clinical area							
8.11 demonstrate their ability to participate in clinical trials as part of a multidisciplinary team and support their colleagues in this role							
8.12 demonstrate appropriate strategies to safeguard the interests and wellbeing of patients, including obtaining informed consent, maintaining patient confidentiality and dignity, documenting and reporting drug interactions or other adverse events where reported							
8.13 use specialist knowledge to contribute to the development of evidence-based policies and protocols, and practice development for cancer nursing							
8.14 use knowledge of the research and audit process, and methods to develop and lead projects for practice and service development for cancer nursing							

Figura 5: Una página del documento Career and Education Framework for Cancer Nursing<sup>24</sup>

## Conclusiones

La enfermería ha sido definida históricamente por su capacidad de cuidar. Las necesidades de cuidado de los pacientes cada vez más mayores, con más enfermedades crónicas, las demandas de la sociedad y los problemas económicos actuales en la sanidad influyen en el trabajo. La EPA ha ido cambiando a lo largo de los años y seguirá cambiando y adaptándose a las necesidades de la población. Esto es, entre otras cosas, por la capacidad que tienen los profesionales de enfermería para percibir y responder a estas

necesidades. Desde que la enfermería se ha convertido en una carrera universitaria las enfermeras han cambiado, evolucionado y tomado más responsabilidades y la enfermería de práctica avanzada no es distinta a estos ejemplos.

Los modelos y definiciones que han sido establecidos al principio de este artículo también han ido evolucionando y así seguirán y tendrán que adaptarse a los distintos trabajos intra o extrahospitalarios donde las necesidades son distintas.

Es cierto que muchas de las competencias que hacen las EPA eran roles tradicionalmente llevados por médicos, pero, igualmente, las enfermeras de hoy en día hacen muchísimos trabajos que hace 20 años sería impensable que los llevaran a cabo estos profesionales, desde sacar sangre a poner PICC. De ahí que en muchas ocasiones se defina como un híbrido o como mini-médicos cuando en realidad es sólo una evolución natural del trabajo.

La realidad es que es un trabajo con infinidad de posibilidades para contribuir y mejorar el cuidado y manejo de los pacientes y tiene muchísimo éxito en oncología dado que ayuda a los pacientes a formar parte de su tratamiento y cuidado y a monitorizarse haciéndolos partícipes de su tratamiento.

Para que la profesión siga evolucionando y no se pierda tiene que estar correctamente regulada y responder a las necesidades de la población. En atención primaria las enfermeras hoy en día ya tienen mucha responsabilidad, pero les falta reconocimiento y regulación por ley de muchos de los trabajos que pueden realizar con apoyo de sus compañeros. Mientras no esté regulado cualquier enfermero podrá llamarse Enfermera de Práctica Avanzada y aunque exista un reconocimiento no será suficiente puesto que ahí es donde existe el riesgo de que ponga en peligro a los profesionales o a los pacientes<sup>28</sup>.



La enfermería hoy en día está en constante evolución y son las mismas enfermeras quienes deben investigar y trabajar para desarrollar el trabajo basado en la evidencia de las necesidades y de los servicios que se prestan para poder continuar el reconocimiento y regulación de la profesión para demostrar que no son mini-médicos sino maxi-enfermeras<sup>29</sup>.

### Conflictos de interés

Este autor no tiene conflictos de interés que declarar

### Bibliografía:

1. King, R., Tod, A. and Sanders, T. (2017) Development and regulation of advanced nurse practitioners in the UK and internationally. *Nursing Standard*, 32 (14). pp. 43-50.
2. Mantzoukas S & Watkinson S (2007) Advanced nursing practice: reviewing the international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing* 16: 28-37
3. L Laurent, C. (2000). A nursing theory for nursing leadership. *Journal of nursing management* Barnes H (2015)
4. Nurse Practitioner Role Transition: A Concept Analysis. *Nursing Forum* 50(3): 137-146
5. McGee P (1998) Specialist and advanced practice: issues for research. In *Advanced & Specialist Nursing Practice* (Castledine G& McGee P eds). Blackwell Science, Oxford, pp. 87-92
6. Callaghan L (2008) Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *Journal of Clinical Nursing* 17(2): 205-213
7. Brant C (2007) The nurse will see you now. *Nursing Standard* 22(13):62-63
8. Health Education England (2017) Multi-professional framework for advanced clinical practice in England. Disponible en: <https://www.lasepharmacy.hee.nhs.uk/dyn/assets/folder4/advanced-practice/multi-professionalframeworkforadvancedclinicalpracticeinengland.pdf>
9. Royal College of Nursing Advisory Group(2018) Advanced Level Nursing Practice Royal College of Nursing Standards for Advanced Level Nursing Practice. Disponible en: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007038>
10. National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD) (2008) Systemic Anti- Cancer Therapy: For better, for worse. Disponible en: [https://www.ncepod.org.uk/2008report3/Downloads/SACT\\_report.pdf](https://www.ncepod.org.uk/2008report3/Downloads/SACT_report.pdf)
11. National Chemotherapy Advisory Group (NCAG) (2009) Chemotherapy Services in England: Ensuring quality and safety. Disponible en: [https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105034158/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_104500](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105034158/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_104500)
12. National Institute of Clinical Excellence (2013) NHS Standard Contract For Cancer: Chemotherapy. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wpcontent/uploads/2013/06/b15-cancer-chemoth.pdf>
13. Neville-Webbe, H., Carsar, J., Wong, H., Andrews, J., Poulter, T., Smith, R., Marshall, E., (2013)The impact of a new acute oncology service in acute hospitals: experience of the Clatterbridge Cancer Centre and Merseyside and Cheshire Cancer Network *Journal of the Royal College of Physicians* 13(6):565-569
14. McDonnell A., Goodwin E., Kennedy F., Hawley K., Gerrish K. & Smith C. (2015) An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 71(4): 789-799.
15. Johnson, F., (2019) *The Process of Oncology Nurse Practitioner Patient Navigation: Triage an Essential Process* *Journal of Clinical Review and Case Reports* 4(2): 1-9
16. Lis, C., Rodeghir, M., Gupta, D., (2011) *The relationship between perceived service quality and patient willingness to recommend at a national oncology hospital network* 11(46)
17. Department of Health (DH) (2010) *Advanced Level Nursing: A Position Statement*. London: DH Disponible en: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/215935/dh\\_121738.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215935/dh_121738.pdf)
18. Diez de los Rios de la Serna C, Hudson K, Lloyd R, Parazo P (2016) Providing continuity of care: Advanced nurse practitioner in cancer care. *Mac Voice Spring* 2016.
19. Imison C, Castle-Clarke S and Watson R (2016) *Reshaping the workforce to deliver the care patients need*. Research Report: Nuffield Trust. [http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/reshaping\\_the\\_workforce\\_web\\_0.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/reshaping_the_workforce_web_0.pdf)
20. Clark L, Casey D and Morris S (2015) The value of Master's Degrees for registered nurses. *British Journal of Nursing* 24(6): 328-334
21. Gray A (2016) Advanced or advancing nursing practice: what is the future direction for nursing? *British Journal of Nursing* 25(1): 8

22. Independent Cancer Taskforce (2015) *Achieving World-class Cancer Outcomes: A Strategy for England 2015-2020*. London: NHS England
23. Kilpatrick K, Jabbour M and Fortin C (2016) Processes in healthcare teams that include nurse practitioners: what do patients and families perceive to be effective? *Journal of Clinical Nursing* 25: 619-630
24. Serena A, Dwyer A, Peters S, Eicher M, et al. Feasibility of advanced practice nursing in lung cancer consultations during early treatment: A phase II study. *European Journal of Oncology Nursing* 2017;19:740-6.
25. Rolfe G (2014) Understanding advanced nursing practice. *Nursing Times* 110(27): 20-23
26. Royal College of Nursing (2017) Career and Education Framework for Cancer Nursing. Disponible en: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2017/february/pub-005718.pdf>
27. European Oncology Nursing Society (2018) The EONS Cancer Nursing Education Framework. Disponible en: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>
28. Brook S and Rushforth H (2011) Why is the regulation of advanced practice essential? *British Journal of Nursing* 20 (16):996
29. Gerrish K, Guillaume L, Kirshbaum M, McDonnell A, Tod A and Nolan M (2011) Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing* 67(5): 1079-1090

## Ponencia invitada

# LIDERANDO EL EQUIPO. COLABORACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL CÁNCER.

**Lena Sharp, RN, Ph D**

Presidenta de la European Oncology Nursing Society (EONS)  
Jefe del Centro Regional de Cáncer, Estocolmo-Gotland, Suecia

Adaptación al castellano por:  
**Nieves Gil Gómez**, editora de la Revista SEEO

La atención del paciente con cáncer en Europa necesita de un fuerte liderazgo de la enfermería oncológica por el aumento de la incidencia y prevalencia del cáncer, la mejora de opciones de tratamiento del cáncer pero que son complejas y novedosas, con medicamentos muy potentes con un índice terapéutico estrecho y toxicidad a menudo grave que hace a los pacientes vulnerables. Además de nuevas terapias orales, la escasez de enfermeras, los problemas financieros y las necesidades no satisfechas como las desigualdades, la participación activa del paciente y el autocuidado.

La enfermería es el grupo profesional más grande en casi todos los países y la profesión que más confianza genera. Trabaja de cerca con los pacientes y sus familias tanto en prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento, cuidados paliativos al final de la vida, educación, autocuidado, administración de tratamientos, control de síntomas, cambios en el estilo de vida y sin embargo inuestro trabajo no siempre es reconocido! ¡Necesitamos cambiar esto!

Además, las enfermeras de oncología tenemos un papel muy importante en la seguridad del paciente porque se

pueden producir errores durante todas las fases del complejo proceso de administración de los fármacos citotóxicos. Las enfermeras somos el último punto de contacto antes del tratamiento. Las acciones y habilidades de enfermería tienen una gran importancia, a la hora de utilizar procedimientos seguros, el uso correcto de los dispositivos y la valentía para hacernos escuchar. ¡Tenemos un rol único en la optimización de la seguridad del paciente!

¿Cómo asegurar un trabajo en equipo efectivo a través de un buen liderazgo? Priorizando la seguridad y la calidad, promover procedimientos de trabajo sistemáticos, fomentar la heterogeneidad entre los miembros del equipo, prestando mucha atención a la cultura del lugar de trabajo, solicitando retroalimentación y de los miembros del equipo y reconociendo tus propios errores.

¡Evalúate a ti mismo y a tu equipo de trabajo! Midiendo los resultados y experiencias del paciente, discutiendo los resultados con el equipo, elaboración de planes juntos para mejoras y reconociendo y premiando el éxito.

Pero la comunicación efectiva es difícil, todos los involucrados en el equipo tienen sus propias experiencias, referencias e interpreta-

ciones, los procesos son complejos, las habilidades de comunicación durante situaciones de estrés disminuyen, la parte central de nuestro trabajo es el cuidado de la salud, pero la mayoría de nosotros tenemos una formación limitada en comunicación entre profesionales.

Debemos potenciar la escucha activa, animando a los miembros del equipo a compartir pensamientos, evitar las interrupciones, hacer preguntas, mostrar comprensión repitiendo. No dejes que ningún miembro del equipo domine. Un buen líder debe estar atento a la comunicación no verbal.

Estimula la colaboración y la comunicación, comunica tu visión, evita el juego médico-enfermera, fomenta el aprendizaje y la colaboración interprofesional, la formación en la práctica clínica y la investigación.

Mejorar la colaboración con los médicos. ¡No te disculpes cuando les pidas que hagan su trabajo! Cuando te inviten a colaborar, ¡acepta! Exige las mismas políticas y reconocimiento. Nunca digas, soy solo una enfermera.

¿Qué es la seguridad psicológica?

Es un factor importante en el éxito de los equipos en el que todos los miembros del equipo se sienten seguros de hablar sin ser castigados, donde no hay miedo a las consecuencias negativas. Esto juega un papel importante en la efectividad en el lugar de trabajo.

Para establecer la seguridad psicológica se debe animar a todos los

miembros del equipo a contribuir con sus ideas porque cuando lo hacen, son reconocidos y apreciados y es una táctica poderosa para inspirar a otros a hacerlo. El líder del equipo comunica la norma, pero todos los miembros del equipo pueden dar forma y desarrollarlo, las acciones hablan más que las palabras.

Con la seguridad psicológica se ganan mayores niveles de compromiso, motivación para abordar problemas difíciles, de aprendizaje y desarrollo, mejor rendimiento, más creatividad e ir más allá del pensamiento estratégico. Todo ello redundará sin duda en unos cuidados oncológicos más seguros y en mejores condiciones de trabajo.

El plan estratégico de EONS consiste en obtener reconocimiento para la enfermería oncológica como una especialidad en toda Europa, que todas las enfermeras oncológicas tengan acceso a una formación especializada alineada con el Marco de Formación de Enfermería de Oncológica de EONS en el UE-Parlamento y comisión, en los grupos de la UE sobre salud laboral y cuestiones de peso en el trabajo, en la OMS. Además, colaborar con sociedades nacionales / enfermeras oncológicas individuales, ofreciendo clases magistrales en Europa del Este y poner el foco en la seguridad del paciente y la seguridad laboral para la enfermera.

Recuerden todos ustedes que cada enfermera oncológica es un líder.



## Ponencia invitada

# MANEJO DE LA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES

**Dra. Ángeles Carlota Calvo Escribano**

Pediatra Oncóloga.  
Jefa de la Unidad de Oncohematología Pediátrica.  
Hospital Miguel Servet, Zaragoza

El cáncer es una de las enfermedades de mayor relevancia en el mundo por su incidencia y mortalidad, especialmente en la edad adulta.

Cuando hablamos de adolescentes y adultos jóvenes (AYA), en referencia a la patología oncológica, nos referimos al grupo de población entre los 15 y los 39 años de forma más inclusiva, si bien no todos los sistemas sanitarios ni todos los países desarrollan estrategias para esta población de la misma forma, siendo más aceptada en Europa la incluida entre los 15 y 25 años. De cualquier manera tenemos dos grupos bien diferenciados el de 15 a 19 años que incluye los adolescentes caracterizados por los cambios psicológicos y de los roles sociales importantes, además del crecimiento físico y el desarrollo puberal, que inician el desarrollo de la identidad personal separada de la familia, la adquisición de la independencia, las relaciones interpersonales y experimentación sexual, así como la toma de decisiones en relación la vida personal y profesional y el grupo de adulto joven caracterizado por maduración biológica y fisiológica con completa producción hormonal, respuesta inmune y funcionamiento orgánico sin condiciones crónicas.

La incidencia del cáncer en los AYA El cáncer en AYA es baja en comparación con ella incidencia global, no

representa más del 5%. La tasa anual es de 200-300 casos por millón de personas, siendo un 50% mayor en los adolescentes que en los niños, y otro 50% más en los adultos jóvenes que en los adolescentes. Sin embargo, en las últimas dos tres décadas se ha producido un fenómeno inverso a la población pediátrica y adulta y es que la incidencia anual, en este grupo etario no solo no ha disminuido, sino que en algunas circunstancias ha aumentado.

El espectro de tumores que presentan los AYA es único y sobre todo en los adolescentes comparte más el espectro pediátrico, en los adultos jóvenes se dan patologías casi exclusivas de su edad, así el 60% de los casos de 15 a 19 años y el 50% en el grupo de 20 a 24 años está representado por tumores germinales, sarcomas óseos y de partes blandas, leucemias y linfomas. En los adultos jóvenes hasta 39 años los tumores más frecuentes son carcinoma de tiroides, mama, colorrectal y cérvix, así como tumores germinales testiculares y melanoma.

La mayoría de los casos de cáncer que aparecen antes de los 30 años, parecen ser espontáneos y sin relación tanto con carcinógenos ambientales como con síndromes de cáncer familiar. Globalmente, los síndromes de cáncer familiar

representan < 5% de los cánceres en este grupo.

Los adolescentes deben ser tratados por personal experto y en las estructuras apropiadas. Existe evidencia que demuestra que los resultados son superiores si se tratan en un centro de referencia. La supervivencia se correlaciona con el número de adolescentes con cáncer tratados anualmente en cada centro. El objetivo de curar precisa de tratamientos realizados según "state of the art" en protocolos o ensayos internacionales. El tratamiento en unidades especializadas de oncología para adolescentes y adultos jóvenes puede ayudar a estos pacientes a recibir una información adecuada a su edad, a poder compartir sus experiencias, temores y preguntas, con otros pacientes de su misma edad.

Tradicionalmente, la supervivencia en este grupo de edad ha sido superior a la observada en los niños o en los adultos de más 40 años, por presentar tumores generalmente de mejor pronóstico, situándose de forma global en torno al 75-80%, sin embargo, esta supervivencia no ha mejorado en la misma medida que la pediátrica o del adulto joven debido a varias razones:

- Diagnóstico tardío: Los jóvenes pueden retrasar la búsqueda de atención médica debido a sus sentimientos de invulnerabilidad o por exigencias educacionales o del puesto de trabajo, también la falta de reconocimiento por los profesionales médicos de cáncer o de sus síntomas y signos de este grupo de edad.
- Diferente biología de tumores con similar histopatología, comprobado en leucemias linfoblásticas y mieloblásticas, en tumores de mama y cáncer colorrectal como ejemplos más significativos.
- Factores propios del paciente, que afectan sobre todo a la disposición

de los fármacos, como las tasas de obesidad, hábitos poco saludables (alcohol, tabaco, otros tóxicos), toma concomitante de anticonceptivos, etc. y la falta de adherencia al tratamiento.

- Utilización de estrategias inadecuadas; se ha demostrado la mejora de la supervivencia en adolescentes y adultos jóvenes con leucemias y sarcomas con protocolos pediátricos.
- Falta de inclusión de esta población en ensayos clínicos, por falta de ensayos adecuados para su patología o por escaso incentivo para su inclusión.

Los retos y desafíos para el futuro que nos plantea esta población deberían incluir:

- Encarar las necesidades específicas de los AYA con cáncer, especialmente las referentes a sus necesidades psicológicas, sexuales y de fertilidad y desarrollo de unidades apropiadas.
- Mejorar la supervivencia de los AYA con cáncer a través de conseguir un diagnóstico precoz, conseguir mayor accesibilidad a ensayos clínicos que consideren las diferencias biológicas y los factores del huésped.
- Mejorar la formación de los profesionales y la investigación para el tratamiento y cuidado de AYA con cáncer, considerando la especialización en este grupo de pacientes y el análisis de resultados en este grupo de pacientes.
- Mejorar la educación de los AYA con cáncer, educando en prevención, mejorando la comunicación y su participación en la toma de decisiones.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Ries LAG et al. SEER Cancer Statistics Review, NCI 2001.
2. Bleyer A et al. Cancer in 15- to 29-Year-Olds by Primary Site Oncologist 2006;11(6):590-601.
3. Birch JM et al. Classification and incidence of cancers in adolescents and young adults

- in England 1979-1997. *Br J Cancer* 2002;8(11):1267-74.
4. Ronald D. Barr; Lynn A. G. Ries; Denise R. Lewis et al. Incidence and Incidence Trends of the Most Frequent Cancers in Adolescent and Young Adult Americans, Including "Nonmalignant/Noninvasive" Tumors. *Cancer* 2016;122:1000-1008.
  5. Andrea Ferrari, Ronald D. Barr. International evolution in AYA oncology: Current status and future expectations *Pediatr Blood Cancer*. 2017;e26528.
  6. Hollis R et al. The adolescent with cancer--at the edge of no-man's land. *Lancet Oncology* 2001;2(1):43-8.
  7. Collette L et al. Impact of the Treating Institution on Survival of Patients With "Poor-Prognosis" Metastatic Nonseminoma. *J Natl Cancer Inst* 1999;91(10):839-46.
  8. Wein S et al. Role of Palliative Care in Adolescent and Young Adult Oncology. *J Clin Oncol* 2010;28(32):4819-24.
  9. Sharyl Nass. Identifying and Addressing the Needs of Adolescents and Young Adults With Cancer: Summary of an Institute of Medicine Workshop, *The Oncologist* 2015;20:186-195.
  10. Theresa Keegan; Lynn Ries; Ronald Barr; Ann Geiger et al. Comparison of Cancer Survival Trends in the United States of Adolescents and Young Adults With Those in Children and Older Adults *Cancer* 2016;122:1009-16.
  11. Nicola Hughes, Dan Starkb. The management of adolescents and young adults with cancer. *Cancer Treatment Reviews* 67 (2018) 45-53.
  12. Annie Herbert, Georgios Lyratzopoulos, Jeremy Whelan, Rachel M Taylor et al. Diagnostic timeliness in adolescents and young adults with cancer: a cross-sectional analysis of the BRIGHTLIGHT cohort. *Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2: 180-90.
  13. Y. Xu, M. Stavrides-Eid, A. Baig md, M. Cardoso md et al. Quantifying treatment delays in adolescents and young adults with cancer at McGill University *Curr Oncol*. 2015 Dec;22(6):e470-e477.
  14. Jill R. Tichy; Elgene Lim; and Carey K. Anders. Breast Cancer in Adolescents and Young Adults: A Review With a Focus on Biology. *JNCCN* 2013;11:1060-1069.
  15. Kristen O'Dwyer, David R. Freyer and John T. Horan. Treatment strategies for adolescent and young adult patients with acute myeloid leukemia *Blood*. 2018;132(4):362-368.
  16. Nicolas Boissel and André Baruchel. Acute Lymphoblastic Leukemia in Adolescent and Young Adults: Treat as Adults or as Children?. *Blood* 2018.
  17. Butow P et al. Review of Adherence-Related Issues in Adolescents and Young Adults With Cancer. *J Clin Oncol* 2010;28(32):4800-9.
  18. Gupta S, Pole JD, Baxter NN, et al. The effect of adopting pediatric protocols in adolescents and young adults with acute lymphoblastic leukemia in pediatric vs adult centers: An IMPACT Cohort study *Cancer Med*. 2019;00:1-9.
  19. Giovanna Sironi, Ronald D. Barr and Andrea Ferrari. Models of Care—There Is More Than One Way to Deliver. *Cancer J* 2018;24: 315-320.
  20. Pentheroudakis G et al. Juvenile cancer: improving care for adolescents and young adults within the frame of medical oncology. *Ann Oncol* 2005;16:181-188.

## Ponencia invitada

# EL PROCESO DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE ONCOLÓGICO

**José Luis Fernández Martín**

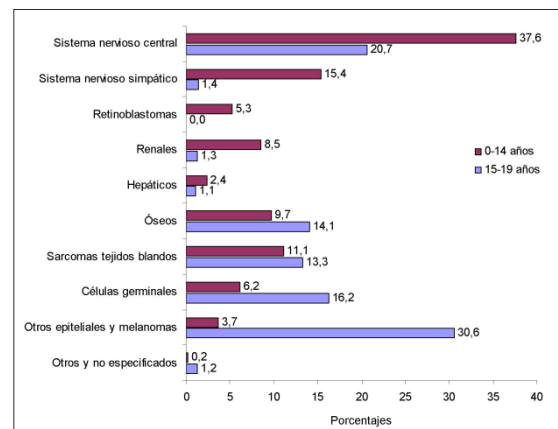
Enfermero Especialista en Pediatría. Psicólogo.  
Enfermero Supervisor. Unidad de Oncohematología Pediátrica.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

e-mail: josel.fernandez.martin.sspa@juntadeandalucia.es

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, según la OMS<sup>1</sup>. A nivel cognoscitivo, este período se caracteriza por ser una etapa del crecimiento que viene determinada por cambios físicos (inicio de la pubertad, crecimiento en longitud y cambios en la composición corporal), emocionales y de rol social (búsqueda de independencia, preocupación por su aspecto corporal, integración dentro del grupo de iguales y desarrollo de la identidad).

El cáncer cuando aparece en los adolescentes de 15 a 19 años presenta una incidencia diferente a la de los niños de 0 a 14 años e incluso se observa la diferencia del comportamiento de los distintos tipos de tumores entre los niños y los adolescentes oncológicos en España<sup>2</sup>.

Además, la ausencia de unidades específicas para adolescentes ocasiona que habitualmente sean atendidos indistintamente en áreas pediátricas o de adultos en función de las características de su patología, de la disponibilidad de camas y de la estructura funcional de los hospitales.



Fuentes  
0-14 años: Elaboración propia RNTI-SEHOP.  
15-19 años: Peris-Bonet R, Izarzugaza MI, Chirlaque MD, et. al. Incidence, survival and trends for cancer in adolescents in Spain: Presentation of a cooperative study of Spanish cancer registries. XXXVII Meeting of the Group for the Epidemiology and Cancer Registry in Countries of Latin Language (GRELL). Porto, 2012.

Sin embargo, algunos estudios muestran un aumento en la mortalidad de los adolescentes que padecen Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) que son tratados con Esquemas Terapéuticos Adultos frente a los que son tratados con Esquemas Terapéuticos Pediátricos<sup>3</sup>.

Desde nuestro punto de vista, entendemos que el adolescente necesita una valoración específica de las siguientes necesidades que permitan adaptar nuestras intervenciones:



1. Alimentación: Tipo de dieta de elección del adolescente (vegetariana, vegana, etc.), abuso de comida rápida, alteraciones de la conducta alimenticia (restricción y supresión) e incremento de las necesidades energéticas, pueden hacer que el adolescente pase por periodos de desnutrición a obesidad y viceversa.
2. Eliminación: Presencia o inicio de la menstruación, afectación psicosocial de la incontinencia, mayor demanda de intimidad y sus estilos de vida.
3. Actividad: Condición física previa, actividad física que tolera, conducta sedentaria y amputaciones.
4. Dormir y descansar: Cambios en ritmo circadiano, higiene de sueño y rituales, lugar, ruidos, insomnio y despertares frecuentes.
5. Escoger ropa adecuada e imagen personal: poder vestirse y desvestirse, la adecuación y comodidad de las prendas u objetos que desee llevar, así como las limitaciones para elegir. La alopecia puede causar una fuerte carga emocional.
6. Estado anímico, afectivo y emocional: percepción de sí mismo y de la situación, dolor y estrategias de afrontamiento, hábitos tóxicos y adherencia al régimen terapéutico, habilidades de comunicación, expresión de emociones, necesidades, temores u opiniones. Así como los cambios en la dinámica familiar, la relación con sus iguales y las relaciones sexuales.
7. Planes de futuro, cambios en su Escala de Valores, actitud ante la muerte, posibilidad de Testamento Vital.
8. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de

realización personal. Actividad Académica y Laboral, Toma de Decisiones, Autoestima, Afrontamiento, Incertidumbre

9. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles: Limitaciones de los recursos en el aprendizaje, limitaciones cognitivas y perceptivas que pueden aparecer por los efectos a corto y largo plazo de los tratamientos, Autoconocimiento Sexual e identidad de Género.

Del mismo modo, las escasas investigaciones y los insuficientes ensayos clínicos que se centran en el adolescente con cáncer puedan justificar el estancamiento en los porcentajes de supervivencia de los adolescentes frente a los niños y los adultos<sup>4</sup>.



Por todo ello, creemos que se deben diseñar e implementar programas de atención al adolescente con cáncer que se desarrollen en espacios físicos específicos y adaptados a sus necesidades y que contemplen los siguientes aspectos<sup>5</sup>:

- Atención por Equipos Multidisciplinares especializados en Adolescencia.
- Tratamiento para el cáncer: Planificación del tratamiento, inscripción en ensayos clínicos y atención a medio y largo plazo de los supervivientes.
- Servicios de Salud Mental y Fortalecimiento Psicológico.
- Consulta Ginecológica y Salud reproductiva y fertilidad: planifi-

cación familiar adecuada, servicios de conservación de la fertilidad y de salud sexual.

- Servicios de apoyo personalizados que incluyen apoyo nutricional y alimenticio, Actividad física, Prevención de adicciones,
- Grupos de apoyo entre iguales.
- Manejo del dolor: servicios de manejo del dolor de fácil acceso, incluido el control de síntomas no farmacológico.
- Terapia recreativa: opciones relacionadas con el hospital y la comunidad para apoyo entre pares y participación en grupos de afinidad.
- Apoyo en las Enseñanzas No Obligatorias y Atención a las Necesidades Educativas Específicas.
- Investigaciones Específicas en Adolescentes.
- Cuidados paliativos: consultas y apoyo holístico a los pacientes para tomar decisiones.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. WHO.int [internet]. Ginebra: 2016. [actualizado en 2019; citado 29 mayo 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](https://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
2. Peris-Bonet R, Izarzugaza MI, Chirlaque MD, et. al. Incidence, survival and trends for cancer in adolescents in Spain: Presentation of a cooperative study of Spanish cancer registries. En: XXXVII Meeting of the Group for the Epidemiology and Cancer Registry in Countries of Latin Language (GRELL). Porto, 2012.
3. Ram R, Wolach O, Vidal L, Gafter-Gvili A, et al. Adolescents and young adults with acute lymphoblastic leukemia have a better outcome when treated with pediatric-inspired regimens: Systematic review and meta-analysis. American Journal of Hematology. 2012; 87(5):472-478.
4. Trama A, Botta L, Foschi R, et al. Survival of European adolescents and young adults diagnosed with cancer in 2000-07: population-based data from EUROCARE-5. The Lancet Oncology. 2016; 17 (7): 896-906.
5. Stanfordchildrens.org [internet]. Stanford Adolescent and Young Adult Cancer (SAYAC) Program. Palo Alto: 2019. [actualizado en 2019; citado 29 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/service/adolescent-young-adult-cancer>

## Ponencia invitada

# ABORDAJE EMOCIONAL Y AFRONTAMIENTO EN EL ADOLESCENTE CON CÁNCER

**Dra. Valeria Moriconi**

Psicooncóloga y Psicoterapeuta Gestalt.  
Fundación Aladina. Hospital Niño Jesús. Madrid.

Para hablar del impacto emocional del cáncer sobre los adolescentes hay que tener presente que los adolescentes son individuos en continuo crecimiento y construcción, son piezas vírgenes que según el entono, las experiencias y los valores tomarán una forma u otra.

Sabemos perfectamente que la etapa de la adolescencia es un periodo crucial y delicado para el desarrollo de una persona; en esta etapa de la vida asistimos a grandes transformaciones físicas, intelectuales y sociales. El individuo lucha por su propia identidad y autoimagen, por su independencia, por adaptarse a su sexualidad y a su cuerpo en continuo cambio, por establecer relaciones sociales y por planificar su futuro. Si en este momento de gran energía y de gran apertura hacia el futuro se interpone un diagnóstico de cáncer, la persona se hace más vulnerable y frágil<sup>1</sup>.

En esta etapa del desarrollo humano los cambios corporales y sexuales representan un aspecto importante y central de la vida, siendo un aspecto muy ligado a la autoestima. Sentirse adecuado dependerá de la opinión que se piensa que los demás tendrán de uno. El cáncer y las diferentes modalidades terapéuticas empleadas para controlarlo, producen en muchos casos alteraciones en la imagen corporal del paciente. Alopecia, cambios en las uñas, alteraciones

dermatológicas, cicatrices, amputaciones, cambios en el peso, etc. hacen que el paciente se vea obligado a aceptar un cuerpo que ahora es diferente al que poseía antes del diagnóstico del cáncer.

La imagen corporal incluye percepción, pensamientos y sentimientos, y hace referencia a la imagen que formamos en nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, de cómo lo percibimos y de cómo lo sentimos.

Los cambios físicos provocados por la enfermedad y por los tratamientos, tanto que tengan un efecto temporal como permanente, asumen un rol fundamental en la experiencia del paciente. La nueva imagen corporal tiene que ser aceptada y se verifica una reacción de duelo como la que ya se había experimentado en la fase del diagnóstico. Los adolescentes enfermos de cáncer deben conseguir integrar en el complejo proceso de definición de la identidad personal una imagen del cuerpo alterada por la enfermedad: es una tarea emotiva, además de cognitiva, en la cual es fundamental que los signos de la enfermedad no sean identificados con los símbolos principales de la nueva identidad.

Los adolescentes viven su enfermedad como una amenaza a su independencia, como una pérdida de autocontrol y consecuentemente

como una dependencia forzada hacia los padres y el personal sanitario; se producen así frustración e impotencia. Cuando la pertenencia a un grupo de pares y la uniformidad a ello se hacen necesidad, la situación de enfermedad se configura como una condición de diversidad exasperada, no tanto a nivel físico, sino sobre todo a nivel emocional, sin posibilidad de encuentro y de interacción con los demás. Aunque hoy es raro encontrar situaciones de verdadera exclusión y aislamiento de la vida social, todavía persisten sentimientos de soledad e incomunicabilidad que implican este sentimiento de diferenciación respecto a los demás<sup>2</sup>. Nacen preocupaciones y dudas, sentimientos de miedo y ansiedad pero difícilmente todo esto es expresado verbalmente, sobre todo con adultos.

Es muy frecuente que los adolescentes con cáncer sientan ser cargas para sus familiares y también que nieguen la importancia de su enfermedad. Asimismo, la regresión, el aislamiento social y la falta de adherencia a las prescripciones médicas constituyen mecanismos defensivos que les permiten protegerse del dolor que supone padecer una enfermedad oncológica que potencialmente amenaza su vida.

### **OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN**

Los objetivos específicos que debemos alcanzar son<sup>3</sup>: combatir el aislamiento social y los sentimientos de vergüenza; aumentar la comunicación y la cooperación; reforzar la identidad personal y la imagen corporal.

Transmitir información médica adecuada y facilitar el proceso de comunicación con el paciente acerca de su condición médica es el punto de partida indispensable para una buena adaptación al proceso; teniendo en cuenta que los niños necesitan saber lo que es la enfermedad y lo que es la

muerte y cómo ambas les afectan a ellos y a los que les rodean. El proceso de informar al adolescente con cáncer debe basarse en el reconocimiento de su derecho a recibir una información veraz y adecuada a su capacidad de comprensión. Así es posible mejorar la aceptación de la enfermedad y los efectos secundarios derivados del tratamiento, reducir el riesgo de psicopatología, y favorece la implicación activa en la toma de decisiones<sup>4</sup>.

En esta línea favorecer la participación activa del niño y del adolescente en el proceso de toma de decisiones médicas y en su cuidado aumentará su percepción de control y facilitará su colaboración con los tratamientos. En el caso de los adolescentes es importante negociar siempre de este modo pues con ello se evitan las luchas de poder que frecuentemente generan como rebelión contra la dependencia que produce la enfermedad.

Es importante que el adolescente tenga espacios donde expresar cómo se siente y tenga el apoyo de su entorno, quien tiene que apoyarlo y no minimizar los sentimientos que aparecen.

Gracias a espacios específicos físicos y psicológicos de relación entre pares, como son las Unidades de Adolescentes y las Salas de Adolescentes, el aislamiento social, la regresión y la sensación de diversidad disminuyen notablemente.

El intercambio de experiencias y de motivación entre ellos hace que los chicos crezcan y encuentren nuevos caminos para solucionar conflictos y bloqueos. Poniendo palabras a lo que está ocurriendo, a los pensamientos y a las emociones facilitamos la contención de los miedos que impiden avanzar en el proceso de adaptación. Los chicos finalmente encuentran entre actividad y actividad la posibilidad de hablar de lo que les está

pasando, de sus preocupaciones y de sus pensamientos, expresan emociones y esperanzas; encuentran un espacio seguro y un ambiente abierto a la comunicación. Los adolescentes se muestran y dejan salir sus sentimientos solo cuando se sienten cómodos y estas condiciones se dan solo gracias al desarrollo de una relación de contacto genuino y sincero.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es el contacto con la escuela de proveniencia. Informar a los responsables escolares del progreso médico del niño y asistir el paciente para que éste realice sus tareas escolares con continuidad mientras no pueda asistir a clase contribuirá a normalizar su vida y reducirá el sentimiento de ser diferente a los demás de su edad.

## CONCLUSIONES

En definitiva tenemos que trabajar para que, durante toda la experiencia con el cáncer, los adolescentes tengan la oportunidad de seguir viviendo una vida tan normal como sea posible. Para lograr este objetivo un gran número de organizaciones atienden las necesidades de adolescentes y jóvenes con cáncer, ofreciéndoles la posibilidad de dar respuesta a sus necesidades y motivaciones relacionadas con su etapa vital, apoyándolos durante todo su proceso

durante la enfermedad y posteriormente.

Acompañamos a los adolescentes en su proceso sin banalizarlo ni ejerciendo presión, tratándoles con la mayor naturalidad posible. Lo que pretendemos es fomentar el desarrollo normal de los niños y de los adolescentes haciendo que el cáncer no sea, más de lo que ya es, un trauma.

El mensaje que llevamos como bandera es que la enfermedad es una etapa de la vida y no debe significar un bloqueo. El estar enfermo no debería ser motivo suficiente para perder la alegría y la ilusión de vivir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Die Trill, M.: Niños y adolescentes con cáncer. Aspectos psicológicos. *Jano* 1987; XXX111:35-41
2. Guarino A. Psiconcologia dell'età evolutiva. La psicologia nelle cure dei bambini malati di cancro. Trento: Centro Studi Erickson, 2006.
3. V. Moriconi. Fundación aladina: un giro más al cáncer pediátrico, *Psicooncología*. Vol. 10, núm. 2-3, 2013, pp. 433-438
4. Maitane Andión Catalán, Elena Valero Herranz; Susana Buendía López; Natalia Camarena Pavón, Luis Madero López. Información al diagnóstico en el adolescente con cáncer: desde la perspectiva del paciente. XII Congreso Nacional SEHOP.



## Ponencia invitada

### YOUTH AND LEADERSHIP DEVELOPMENT

**Sara Torcato Parreira**

EONS YCN representative. Nurse care coordinator. Instituto CUF Oncologia, Lisboa, Portugal.

The European Oncology Nursing Society created, in 2017, the Young Cancer Nurses network, with the aim of involving and supporting European cancer nurses under the age of 35. I am currently the representative of this network and it was fantastic to be present in the SEEO congress, talking about Youth and Leadership.

When we talk about Young Cancer Nurses, we talk about someone who belongs to a new generation, called Generation Y, also known as Millennials.

Millennials are known as digital entrepreneurs, who are tech-updated and on social media. Depending on their generation, people have different formative experiences and attitudes toward career. Now, for the first time, we have 4 generations working together, and that is a big challenge not only for employers but also to societies and organizations like EONS and SEEO. Young Cancer Nurses (YCN) are the future of cancer nursing, therefore a focus on this new generation and how to empower them is needed.

Millennials need mentorship, recognition and feedback in their work. They are productive and efficient, but they expect support to achieve and if their needs aren't met they change jobs easier than the previous generation.

They want a sense of community in the working place and maintaining work-life balance is key. Most of millennials also rely on their parents

for financial support, they leave home later once their salaries cannot compete with the rising prices of houses, lifestyle and

education, especially in big cities. Nevertheless, they have high expectations, they need a purpose and want to contribute to a greater good.

EONS currently have 13 national representatives (Spain included) in the YCN network. Those national representatives are full of willingness and very committed to expand their national network of YCN and support YCN in their own countries. They are leaders.

Being a leader is to be a role model. Someone that other people look for. But this doesn't necessarily mean that we are born with it. Of course, that our personality, our education, our peers and our role models are very important in this process.

But being a leader is a process in construction. Is much more about learning than teaching. So, it is very important, for YCN, to have good role models. Working together and learning from others is crucial to our development and how we will stand in the future.

But what does a leader need? There are some characteristics that a leader has to build up and reunite. The first thing about leadership is being self-aware. Is knowing what we know, and we don't, what we can and cannot do. And there are also some attitudes that

are needed, like compassion, being able to manage stress, taking care of others but also of ourselves, being patient, taking responsibility for our actions and stop trying to be perfect.

It is also important to realize that being a leader is not necessarily associated with a position. We can be leaders in many different aspects of our lives. Because we are good in

many things. But we need to realize what we can and cannot do, what we are good at or not (again, self-awareness). Most importantly, is being aware that we cannot do it alone. We all can be leaders. And every cancer nurse is a leader.

## Ponencia invitada

# SEXUALIDAD, AUTOESTIMA Y CÁNCER

**Pilar Carreto Martín**

Psicooncóloga.  
Asociación Española Contra el Cáncer de Salamanca

Se trata de llamar la atención sobre la importancia de evaluar el tema de la sexualidad en los enfermos oncológicos, y sin embargo, lo poco tratado que se encuentra el tema en la actualidad.

Los factores que más influyen en la vida sexual son: síntomas y consecuencias de la enfermedad que dificulta la misma; tratamientos utilizados y sobre todo, los factores psicológicos que tanto influyen como: creencias previas, miedos, anticipación del fallo, falta de comunicación en la pareja y miedo a la intimidad.

Se destaca la importancia de no centrarse únicamente en la genitalidad, sino el abrirse a caricias, afectos, sentimientos e incluso acercamiento y compañía que en el caso de enfermos en fase más avanzada es, a veces, lo único posible.

La imagen corporal, como dibujo mental que poseemos de nosotros mismos, se ve afectada en los enfermos oncológicos debido a las consecuencias de la cirugía y los tratamientos; son cambios muy bruscos en ocasiones, pero hay que evitar el huir de ellos, sino enfrentarse a ellos poco a poco, sin evitarlos.

La autoestima suele descender, dado que la persona se aprecia menos

atractiva que antes; por eso es esencial emplear técnicas de aumento de la misma; y de minimización de las limitaciones físicas; como ejemplo: planear las relaciones sexuales en los momentos de los tratamientos que se encuentran mejor, no dejarlas a la espontaneidad.

En cuanto a los tratamientos a utilizar, destacan tres: En primer lugar, el consejo sexual breve: con técnicas de educación sexual, cambio de actitudes (sin esperar nada), expresar los deseos en el sexo, resolución de conflictos de pareja; etc. En segundo lugar, la terapéutica sexual: con ejercicios de focalización sensorial, búsqueda de nuevas técnicas sexuales, manejo de la comunicación marital y aumentar el bienestar psicológico individual; y en último lugar, entrenamiento en técnicas cognitivas conductuales y técnicas de habilidades de afrontamiento.

Se realiza un apunte en dos casos especiales: al buscar pareja, insistiendo en la aparición del temor a explicar la enfermedad, y encontrar el momento oportuno; será cuando se establezca relación de confianza y, en parejas homosexuales, en las cuales suele existir mayor frecuencia de relaciones sexuales, lo que puede ser de difícil aceptación si se pierde la función sexual.

## Ponencia invitada

### URGENCIAS RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD

#### **Dra. Marta González Fernández-Conde**

Enfermera, Fundación Hospital Santísima Trinidad.  
Profesora. Universidad Pontificia de Salamanca.

Se exponen cuatro urgencias principales: a nivel digestivo la obstrucción intestinal, a nivel neurológico el síndrome de compresión medular, a nivel cardiovascular el síndrome de vena cava superior, y a nivel metabólico, el síndrome de lisis tumoral.

**Obstrucción intestinal:** con una clínica basada en el dolor, la distensión abdominal, los vómitos y la ausencia de emisión de heces y gases, la obstrucción abdominal es una urgencia bastante frecuente, cuya etiología puede variar dependiendo de si es producida por una causa mecánica que ocupe la luz intestinal, o si es por ausencia del peristaltismo abdominal. El tratamiento estará basado en la descompresión con SNG, dieta absoluta, analgesia y antibióticos. Enfermería se encargará de controlar estos cuatro puntos, y de favorecer la deposición, en caso de que sea provocada por enlentecimiento del intestino.

**Síndrome de compresión medular:** producido por la invasión tumoral del canal medular, es una urgencia que afecta a los sistemas motor, sensitivo, autónomo, y que cursa con dolor intenso. El paciente tiene problemas para mantener el equilibrio, lo que supone el motivo de la urgencia. El tratamiento estará basado en la administración de una pauta de corticoides, y una descompresión que puede ser por radioterapia (terapia básica) y por cirugía. Enfermería estará alerta a la sintomatología y se encargará de la administración del

tratamiento pautado, junto con el control de la analgesia.

**Síndrome de vena cava superior:** puede producirse por una compresión externa (tumoral), o por una trombosis interna (por catéteres centrales). La sintomatología principal es un edema en esclavina, ingurgitación yugular y disnea. El tratamiento estará basado en oxigenoterapia, elevación de la cabecera de la cama, fármacos como diuréticos y corticoides, anticoagulación y retirada de catéter (si es trombosis por catéter), así como la colocación de una endoprótesis, si la circulación no se hubiese restaurado. Enfermería debe establecer un protocolo de administración de fibrinolíticos en el catéter venoso central, control de la oxigenoterapia, así como estar alerta ante la sintomatología.

**Síndrome de lisis tumoral:** urgencia metabólica basada en alteraciones hidroelectrolíticas como la hiperuricemia, hiperfosfatemia, hiperpotasemia e hipocalcemia. Estas alteraciones provocan una sintomatología que puede llegar a ser muy grave, e incluso mortal. La prevención es clave en las patologías con una gran carga tumoral y muy quimio-sensibles. En estos casos es esencial una hidratación abundante, tanto intravenosa como vía oral, para evitar la posible insuficiencia renal aguda; así como la administración de alopurinol o rasburicasa para la prevención de la hiperuricemia.

Existen consejos dietéticos que pueden ayudar a que no se produzcan estos trastornos hidroelectrolíticos. El reconocimiento precoz de la sintomatología puede ser vital para

que el síndrome no evolucione a estadios avanzados, por eso enfermería debe estar formada en estos síntomas y en las medidas de prevención.



## Ponencia invitada

# URGENCIAS ONCOLÓGICAS AGUDAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

**Esther Ordóñez Bravo**

Phase I Nursing director START Madrid –CIOCC  
Hospital Universitario HM Sanchinarro.

Una urgencia oncológica es una condición clínica resultante de un cambio metabólico, neurológico, cardiovascular, infeccioso o hematológico causado por el tumor o su tratamiento que requiere INTERVENCIÓN INMEDIATA para prevenir la pérdida de la vida o la pérdida de la calidad de vida.

Cada vez son más frecuentes debido al aumento del número de pacientes con cáncer, de la esperanza de vida y del número de opciones terapéuticas.

Un diagnóstico temprano y un tratamiento rápido nos pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente y su supervivencia.

Las urgencias oncológicas se pueden clasificar en metabólicas y estructurales, ambas producidas por el tumor; y en secundarias a efectos del tratamiento (neutropenia febril, reacciones anafilácticas/infusionales, síndrome de liberación de citoquinas y cistitis hemorrágica).

- La **neutropenia febril** se define como un recuento de neutrófilos  $<1000/\text{mm}^3$  y una toma de temperatura  $>38,3^\circ\text{C}$  en una ocasión o  $>38^\circ\text{C}$  durante 1 hora.

La causa más frecuente es la bacteriemia por infección del catéter. El tratamiento consiste en el uso de antibióticos de amplio espectro tras hemocultivos seriados, mantener al paciente en aislamiento inverso y el

uso de factores estimulantes de colonias.

- Las **reacciones anafilácticas** son reacciones alérgicas severas y potencialmente fatales, que están mediadas por liberación de IgE.

Se caracterizan por urticaria, *rash*, enrojecimiento facial, angioedema, hipoxia e hipotensión, principalmente.

El tratamiento empieza por parar la infusión del fármaco, seguida del uso de antihistamínicos, corticoides y determinación de triptasa e IgE posteriormente. Se puede intentar reintroducir el fármaco con pauta de desensibilización.

- Las **reacciones infusionales** son producidas por una sensibilización inmunológica frente al fármaco recibido anteriormente, habitualmente son más leves y con buena respuesta a antihistamínicos y corticoides.

Se caracterizan por tiritona, sensación de hipotermia, enrojecimiento facial, tos y disnea, entre otros; es importante valorar la aparición de dos o más síntomas, para valorar el grado de severidad.

El tratamiento se hará según la severidad del episodio, empezando por parar el fármaco que se está administrando, toma de constantes, uso de oxigenoterapia, sueroterapia,

antihistamínicos, corticoides y broncodilatadores.

Si no ha sido una reacción de grado >3, se puede reintroducir el fármaco, añadiendo premedicación, a un ritmo ascendente.

- El **síndrome de liberación de citoquinas** es el resultado de una activación masiva del sistema inmunitario (células T) que generalmente presenta síntomas leves o moderados pero que en algunos pacientes puede llegar a ser fatal.

Se caracteriza por hipotensión, tiritona, fiebre, mala oxigenación pulmonar, confusión leve, artralgias y mialgias.

El tratamiento dependerá de la sintomatología que presente el

paciente, siendo el uso de Tocilizumab uno de ellos y conociendo que el uso de corticoides se debe hacer con precaución.

- La **cistitis hemorrágica** es una condición inflamatoria difusa de la vejiga que resulta en un sangrado de la mucosa vesical por irritación.

Una de las causas es el uso de tratamientos antineoplásicos alquilantes, que se eliminan en forma de acroleínas por la orina.

El tratamiento va desde el uso de MESNA, hidratación forzada, analgésicos, hasta irrigaciones vesicales, embolización arterial selectiva o cistectomía.

## Trabajo de investigación premiado

### PRIMER PREMIO COMUNICACIÓN ORAL

# ROL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA TRASLACIONAL (EOT) EN LA GESTIÓN DEL DUELO DURANTE LA MONITORIZACIÓN MEDIANTE BIOPSIA LÍQUIDA (BL) EN PACIENTES CON TUMORES DIGESTIVOS.

**Ariadna García Rodríguez, Alexandre Sierra Oliva, Raquel Comas Navarro, Víctor Montón Torres, Patricia Prieto Payo, Elena Elez Fernández**

VALL D'HEBRON INSTITUTO ONCOLÓGICO (VHIO). Barcelona.

#### INTRODUCCIÓN

La biopsia líquida (BL) se emplea con fines complementarios al diagnóstico del cáncer y/o para monitorización de resistencias a terapias dirigidas en pacientes con enfermedad avanzada. En nuestro centro, se lleva a cabo por el equipo de Enfermería Oncológica Traslacional (EOT) integrado por dos enfermeros/as y un responsable de registro de datos clínicos.

Dichas extracciones coinciden con puntos cruciales de la enfermedad; momentos críticos en la gestión del duelo (diagnóstico, valoración de eficacia al tratamiento y fase paliativa). Estar presente durante estas fases, otorga a EOT una gran oportunidad para establecer confianza con el paciente y ser una de las figuras de referencia en su gestión emocional y adherencia al tratamiento.

#### OBJETIVOS

Objetivar, caracterizar y cuantificar la actividad desarrollada en la consulta de EOT en términos técnicos y asistenciales; *a priori*; no estrictamente atribuibles a esta nueva figura, como la educación sanitaria y el acompañamiento emocional en pacientes con tumores digestivos.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron pacientes con cáncer digestivo valorados por el equipo EOT que iniciaran cualquier línea de tratamiento en nuestro centro durante el primer cuatrimestre de 2018. Se recogieron datos relativos a la actividad y tiempo destinado a la misma: Técnica (extracción, etiquetaje, almacenamiento y registro en la base de datos) y Asistencial (gestión emocional, detección de la fase de duelo y resolución de dudas e inquietudes a nivel del cuidado integral del paciente). En las reuniones semanales se pusieron en común los datos cuantitativos (técnicos) y cualitativos (asistenciales).

#### RESULTADOS

De enero-abril 2018 se visitaron 114 nuevos pacientes. Estas primeras visitas tuvieron una media de 48 minutos (N=114; 48'); un 79% del tiempo se empleó en registro de datos y procedimientos y un 21%, a reforzar la información derivada de la consulta oncológica. En los seguimientos (N=349; 25'), un 20% del tiempo se destina a escucha activa y soporte

emocional. Sin embargo, en caso de progresión (N=47; 21'), este porcentaje pasa a ser del 39,2%; incrementándose hasta 44'8% en los casos en los que no existe opción terapéutica.

### CONCLUSIONES

Los datos obtenidos ponen de manifiesto que la monitorización molecular del paciente oncológico implica también acompañamiento emocional e incrementa exponencialmente el tiempo dedicado en las fases más críticas del duelo. Por ello, es fundamental: 1) Que la BL se lleve a cabo por personal de enfermería experto y; 2) Que se garantice la formación específica y continuada, de modo que podamos impactar en la calidad del cuidado del enfermo oncológico.

### BIBLIOGRAFIA:

1. Bettgowda, C., et al., Detection of circulating tumor DNA in early and latestage human malignancies. *Sci Transl Med.* 6 (224): p. 224ra24.
2. Diaz, L.A., Jr., et al. The molecular evolution of acquired resistance to targeted EGFR blockade in colorectal cancers. *Nature.* 486(7404): p. 537- 40.
3. Misale S., et al. Emergence of KRAS mutations and acquired resistance to anti-EGFR therapy in colorectal cancer. *Nature.* 486 (7404): p. 532-6
4. Taniguchi K. et al. Quantitative detection of EGFR mutations in circulating tumor DNA derived from lung adenocarcinomas. *Clin Cancer Res.* 17(24):p. 7808-15.
5. J. Grasselli et al. Circulating tumor DNA extended RAS mutational analysis as a surrogate of mutational status of tumor samples in metastatic colorectal cancer and its impact on patient selection for anti-EGFR therapy. *Ann Oncol* (2016) 27 (suppl\_2): ii7: doi: 10.1093/annonc/mdw198.24.
6. Alba Griseida Celma Perdigon. Dying process and nursing: a relational approach. Theoretical reflections on assistance dealing with death. *Physis* 25 (2) (Apr-Jun 2015). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009>
7. Martínez Sarantez, A. (2018). Experiencias de duelo anticipado en familiares de pacientes con enfermedad oncológica en etapa terminal. *Revista Científica De FAREM-Estelí*, (26), 77-83. <https://doi.org/10.5377/farem.v0i26.6444>

## Trabajo de investigación premiado

### SEGUNDO PREMIO

### COMUNICACIÓN ORAL

## **CAPACITACIÓN ENFERMERA EN LA VALORACIÓN Y REGISTRO DEL DOLOR EN PACIENTES CON DIFICULTAD DE COMUNICACIÓN.**

**Sandra Cabrera Jaime<sup>1</sup>, Lucia Muñoz Narbona <sup>2</sup>, Patricia Barroso Castaño<sup>2</sup>,  
Nuria Zarza Arnau<sup>1</sup>**

1) INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA. 2) HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS Y PUJOL.  
Barcelona

### **INTRODUCCIÓN:**

Los hospitales públicos de Cataluña (España) recomiendan la Escala de Evaluación del Dolor en Demencia Avanzada (PAINAD-Sp) para evaluar el dolor en pacientes adultos con dificultad de expresión. Durante 2018, ha sido publicada la validación de la escala PAINAD-Sp en pacientes hospitalizados con trastornos neurológicos y cáncer (PAINAD-Sp\_Hosp)

### **OBJETIVO:**

Evaluar los conocimientos de las enfermeras en el uso de la escala PAINAD-Sp\_Hosp en pacientes con incapacidad de expresión del dolor.

### **MÉTODO:**

Estudio transversal en dos hospitales públicos españoles. Participantes: 836 enfermeras laboralmente acti-vas. El contenido del curso teórico abordó conceptos relacionados con el manejo del dolor; importancia de registrar el dolor; papel de las enfermeras en el manejo del dolor y la escalera analgésica, así como escalas de evaluación del dolor en pacientes hospitalizados con capacidad o no de expresión.

Para la capacitación práctica, se grabaron seis escenarios clínicos, los cuales fueron simulados y filmados por actores profesionales. Éstos fueron asesorados por un grupo multidisciplinar de expertos (dos enfermeras, una neuróloga y una neuropsicóloga del área de Neurociencias, dos internistas y una enfermera de la unidad de paliativos y dos enfermeras clínica de la unidad del dolor).

Los alumnos debían evaluar de 0-2 cada uno de los cinco ítems de la escala PAINAD-sp\_Hosp (respiración, vocalización, expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad). Dos videos ilustraron los extremos en el espectro del dolor (ausencia de dolor y dolor severo), y cuatro videos mostraron dolor en intensidad de leve a moderado, con puntuaciones totales variables en un rango de 0-10.

Después de visualizar el contenido y el video explicativo de la escala, se debía completar un test de conocimientos teórico-prácticos ad hoc. La calificación mínima para aprobar el examen fue de 8 sobre 10.



**RESULTADOS:**

401 enfermeras participaron en el curso de capacitación: 60 (100%) pertenecientes al Instituto Catalán de Oncología, y 341 de 776 (43,9%) que trabajan en hospitalización del Hospital Germans Trias. El 37,7% declaró no tener una formación específica sobre dolor. Solamente un 32,2% de las enfermeras utilizan de forma habitual la escala. El 99% de los participantes respondieron correctamente las preguntas del cuestionario teórico y práctico del curso. La satisfacción general entre los partici-

pantes de enfermería con respecto a la capacitación recibida y los objetivos del curso fue 8,6 / 10.

**CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:**

El curso de capacitación en el uso de la escala PAINAD-Sp\_Hosp mediante pruebas teóricas y escenarios clínicos simulados mejoran los conocimientos y la capacidad de la enfermera para el uso de la escala en la práctica clínica habitual.

Trabajo de investigación premiado  
TERCER PREMIO  
COMUNICACIÓN ORAL  
**TALLER DE ENFERMERÍA SOBRE INMUNOTERAPIA  
PARA PACIENTES Y FAMILIARES**

**Ana Soria Verdugo, M<sup>a</sup> Esther García Vega, David González Bravo, Diego Malón Giménez, Juana Marín Martínez, M<sup>a</sup> Rosa López Melero**

Hospital de día médico y oncohematológico. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

e-mail: [anasoriaverdugo@gmail.com](mailto:anasoriaverdugo@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La inmunoterapia, también denominada terapia biológica, es un tipo de tratamiento para el cáncer que estimula las defensas naturales del cuerpo a fin de combatir esta enfermedad. Al estimular el sistema inmunitario, estos fármacos podrían causar inflamación en distintas partes del organismo pudiendo provocar efectos adversos inmunorelacionados.

El paciente y su familia serán los primeros en identificar los efectos secundarios y no deben tener dudas sobre cómo actuar; ya que, la mayoría de estos efectos adversos son fácilmente reversibles sólo con la prescripción de glucocorticoides orales.

## OBJETIVOS

- Que los pacientes y/o sus cuidadores conozcan el manejo adecuado de los efectos adversos inmuno-relacionados. Los pacientes deben saber cómo

notificar estos efectos secundarios y dónde hacerlo.

- Implantar sistemas de educación efectivos en el entramado hospitalario.

## MÉTODO

Dentro de un grupo de trabajo multidisciplinar creado en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) para realizar un "Protocolo de manejo de efectos adversos inmuno-relacionados" liderado por el Dr. Malón, surge la necesidad de proporcionar una información reglada a los pacientes con este tipo de tratamiento, ya que serán ellos mismos y sus familiares los primeros en identificar estos efectos secundarios.

Desde las primeras reuniones se comienza a hablar de la posibilidad de realizar un "Taller educativo para pacientes y familiares en tratamiento con inmunoterapia" y son las enfermeras de Hospital de Día Médico (HDM) las encargadas de la realización del mismo. Se desarrolla una presentación que es validada por

el grupo de trabajo; y, en abril de 2018 se comienza a impartir en el HDM durante la administración del primer tratamiento a los pacientes y a sus familiares.

En el box de administración de tratamiento con ayuda de un ordenador y durante aproximadamente 30 minutos se imparte este taller a uno o varios pacientes que van a iniciar el tratamiento con inmunoterapia y a sus familiares, proporcionándoles toda la información que necesitan para manejar en domicilio y/o notificar en el HDM o en el servicio de urgencias los efectos adversos inmuno-relacionados que presenten.

Comenzamos la presentación explicando de forma clara y concisa qué es la inmunoterapia, su mecanismo de acción, en qué patologías está indicada, cuánto dura su administración y que no precisa tratamiento oral para domicilio ni premedicación intravenosa. Explicamos los efectos secundarios que puede producir en cualquier sistema de nuestro organismo, cuáles son más comunes y, sobre todo, la importancia de notificarnos precozmente su aparición; ya que, el equipo médico puede resolver estos efectos en la mayoría de los casos sólo con la prescripción de glucocorticoides orales. Así que; una de las diapositivas más importantes de la presentación es en la que les indicamos qué debe notificarnos: "Síntomas no habituales, pero que se mantienen fijos; sobre todo, si son progresivos".

Les proporcionamos nuestros números de teléfono para que no tengan dudas sobre dónde acudir y una tarjeta identificativa para que si acuden al servicio de urgencias nuestros compañeros sepan que están en tratamiento con inmunoterapia y actúen en consecuencia. Además, les damos consejos sobre hábitos de vida saludables y sobre cómo manejar algunas de las toxicidades más

frecuentes (diarrea y dermatitis) en domicilio; en este sentido, somos muy insistentes en el manejo de la diarrea en domicilio sólo si no sobrepasa las 4 deposiciones al día.

La mayoría de los pacientes que reciben inmunoterapia han estado anteriormente en tratamiento con quimioterapia y el manejo farmacológico de la diarrea lo tienen reciente, así que es imprescindible que alguien les informe sobre lo diferente que es el manejo en caso de sufrir este síntoma cuando están en tratamiento con inmunoterapia. Finalizamos el taller con un resumen de la presentación, resolviendo las dudas que presenten tanto el paciente como la familia y proporcionando la información por escrito para que puedan consultarla en su domicilio.

## RESULTADOS

Desde abril de 2018 se han realizado en el HUF más de 80 Talleres Educativos para pacientes en tratamiento con inmunoterapia al inicio del tratamiento. La experiencia ha sido fantástica. Los pacientes refieren cómo "imprescindible" la necesidad de realización de estos talleres. "Nunca me he sentido tan bien atendido", "qué bien me lo has explicado, hija", "entiendo la importancia de llamaros si me pasa algo", "ahora sé lo que tengo que hacer en cada momento" y... "GRACIAS" así; en mayúsculas, son algunos de los comentarios que nos hacen.

Para los enfermeros, es muy gratificante realizar estos talleres de educación para la salud tanto su importancia como por la buena acogida que tienen por parte de los pacientes.

## DISCUSIÓN

¿Quién debe educar al paciente? Esta tarea debe realizarse entre todos los profesionales de la salud: oncólogos,

residentes, especialistas, farmacéutico, enfermeras, TCAE, equipo de atención primaria... TODO SUMA.

## CONCLUSIONES

La adecuada educación para la salud (EpS) es capaz de conseguir aumentar la adherencia de los pacientes a cualquier programa que mejore su salud, proporciona seguridad al paciente y su familia y les dota de las armas necesarias tanto para buscar soluciones como para solucionar ellos mismos los problemas que se le van presentado a lo largo de su proceso.

La enfermera, por el vínculo que crea con los pacientes, es uno de los profesionales de elección para realizar esta educación, los pacientes preguntan a las enfermeras lo que no se atreven a preguntar en las consultas médicas, buscan en ellas confidentes, consejeras, cuidadoras...

Las enfermeras debemos estar a la altura de lo que los pacientes y sus familiares nos demandan, favoreciendo su autocuidado y su autonomía e instruyéndoles a lo largo de un proceso tan largo y agotador como, en la mayoría de las ocasiones, es el cáncer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ann Oncol. 2017 Jul 1;28(suppl\_4): iv119-iv142. doi: 10.1093/annonc/mdx225. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Haanen JBAG1, Carbonnel F2, Robert C3, Kerr KM4, Peters S5, Larkin J6, Jordan K7; ESMO Guidelines Committee.
2. Management of Immunotherapy related toxicities (Immune Checkpoint inhibitors-related toxicities) v1.2018 NCCN.org
3. Manual de identidad visual para hospitales. Madrid: Salud Madrid; 2006. [Fecha de consulta: 9-12-2010]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
4. N Engl J Med. 2018 Jan 11;378(2): 158-168.doi: 10.1056/NEJMra1703481.Immune-Related Adverse Events Associated with Immune Checkpoint Blockade. Postow MA1, Sidlow R1, Hellmann MD1.
5. Kottschade, L., Brys, A., Peikert, T., Ryder, M., Raffals, L., Brewer, J., ... & Markovic, S. (2016). A multidisciplinary approach to toxicity management of modern immune checkpoint inhibitors in cancer therapy. *Melanoma research*, 26(5), 469-480.
6. Koelzer, V. H., Buser, T., Willi, N., Rothschild, S. I., Wicki, A., Schiller, P., ... & Mertz, K. D. (2016). Grover's-like drug eruption in a patient with metastatic melanoma under ipilimumab therapy. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer*, 4(1), 47.
7. Collins, L. K., Chapman, M. S., Carter, J. B., & Samie, F. H. (2016). Cutaneous adverse effects of the immune checkpoint inhibitors. *Current Problems in Cancer*.
8. Linardou, H., & Gogas, H. (2016). Toxicity management of immunotherapy for patients with metastatic melanoma. *Annals of translational medicine*, 4(14).

## Trabajo de investigación premiado

### PRIMER PREMIO

### COMUNICACIÓN PÓSTER

## **CRIOTERAPIA ORAL CON HIELO PROFILÁCTICO EN MUCOSITIS SEVERA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA DURANTE EL ACONDICIONAMIENTO DEL TRASPLANTE AUTÓLOGO: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA**

**Maso Masso N<sup>2</sup>, Salvadó Viella N<sup>2</sup>, Coll Jorda R<sup>1</sup>, Grabalosa Valderas M<sup>2</sup>, Roura Martí P<sup>2</sup>, Riera Pico S<sup>2</sup>, Auger Alberti E<sup>3</sup>**

(1) Servicio de hematología ICO Girona (Hospital Josep Trueta); (2) Unidad de enfermería hospitalización ICO-Girona, (3) Coordinadora de cuidados hospitalización ICO Girona

#### **INTRODUCCIÓN:**

La mucositis oral severa (grado III-IV) es la complicación más frecuente en los pacientes sometidos a trasplante autólogo de progenitores de sangre periférica (TAPH) con una incidencia del 76% aumentando hasta a un 95% si el esquema de acondicionamiento incluye melfalán a altas dosis endovenosas.

La presencia de mucositis severa aumenta el riesgo de septicemia grave por translocación bacteriana o de sobreinfección por hongos tipo *Cándida Albicans*, que en el estado de neutropenia severa del paciente post TAPH multiplica por cuatro el riesgo de muerte. El 50% de los pacientes con mucositis severa precisan durante el TAPH nutrición parenteral total (NPT) aumentando: los días de ingreso, los días de recuperación hemoperiférica, así como el riesgo de infecciones graves. No existe ningún principio activo que haya demostrado

superioridad por la profilaxis de la mucositis oral. El mel-falán como antimetabolito del DNA provoca una lesión en las células epi-teliales en división constante, sobre todo a la mucosa oral y en menor grado a la faringe, directamente proporcional al flujo sanguíneo de las mucosas. Lo que recoge la bibliografía en relación a la fármaco-dinámica del fármaco es el poco efecto sobre las mucosas cuando disminuyen el flujo sanguíneo durante una vasoconstricción severa.

#### **OBJETIVOS:**

Valorar la eficacia del efecto vasoconstrictor local del hielo picado, como profilaxis de la mucositis severa durante el TAPH en los pacientes con esquema que usen melfalán a dosis altas e identificar el volumen mínimo de hielo picado a administrar.



## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde noviembre del 2009 hasta noviembre del 2017, en todos los pacientes sometidos a un TAPH en el Hospital Josep Trueta (ICO Girona) que recibían melfalán a altas dosis dentro de su esquema de acondicionamiento, se administró hielo picado en vasos de unos 50 ml.

Se administraba en forma de enjuagues y posteriormente se tragaban el agua sobrante. Se iniciaba 30 minutos antes de la infusión del citostático, durante los 90 minutos del tratamiento y hasta 30 minutos después de la finalización del fármaco. No estableciendo un mínimo de volumen de hielo sino según la tolerancia individual.

Se siguió utilizando las medidas estándar de profilaxis de la mucositis según el protocolo de la unidad: antiséptico oral, higiene bucal diaria y fluconazol oral.

## **RESULTADOS:**

Se registraron 133 pacientes sometidos a TAPH, de estos, 124 (93%) recibieron esquemas de acondicionamiento con melfalán a altas dosis: 65% mieloma múltiple, 19% linfoma difuso de célula grande, 11% linfoma del manto y 5% linfoma T. Con una mediana de edad 58 años [20-69] con un 54% hombres y 46% de mujeres. El 63% de los pacientes habían recibido una sola línea de tratamiento antes del TAPH y ninguno de los pacientes había recibido radioterapia sobre la mucosa oral. Los pacientes recibieron una mediana de 280mg de melfalán [135-465] en una dosis única, solo 1% de los pacientes presentaba un filtrado glomerular <60 mL/min. Todos los pacientes realizaron enjuagues de hielo picado sin presentar incidencias ni problemas locales, realizaron una mediana de 890 ml de hielo picado [200-3780]. La incidencia de mucositis fue del 66%

pero sólo un 35% fueron de grado III-IV.

Un total de 50 pacientes (40%) precisaron NPT con una duración de 4 días de mediana [2-10]. En esta cohorte de 124 pacientes un 94% presentaron síndrome febril durante la neutropenia por el TAPH pero solamente el 2% hicieron septicemias graves por microorganismos secundarios de la mucosa oral con una mortalidad relacionada con el procedimiento <3%.

Observaron que la mayoría de pacientes toleraban una mediana de 8-10 vasos de hielo picado (400-500ml) y se decidió analizar los pacientes que realizaban más de 450 ml (52%) de hielo picado en comparación a los que realizaban menos de 450 ml de hielo picado (42%), observando en el primer grupo una incidencia de mucositis severa del 35%, uso de NPT del 5% y ninguna septicemia grave. Mientras que el grupo de menos de 450 ml de hielo picado presenta una incidencia de mucositis grave del 72%, uso de la NPT del 65% y registra el 100% de las septicemias graves, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ).

## **CONCLUSIONES:**

Con los datos se concluye que el uso del hielo picado como profilaxis consigue disminuir la incidencia de mucositis, de la NPT y de las septicemias graves. Se concluye también que el volumen igual o superior a 450 ml de hielo picado consigue una mejora de las cifras estadísticamente significativa. Con esos datos se ha incorporado la profilaxis de hielo picado en todos los pacientes que realizan TAPH con acondicionamiento con melfalán incentivándolos a realizar un mínimo de 450 ml de hielo picado.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Katranci N, Ovayolu N, Ovayolu O, Sevinc A. Evaluation of the effect of cryotherapy in preventing oral mucositis associated with chemotherapy. A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing* 2012; 16:339-344.
2. Riley P, Glenny AM, Worthington HV, Littlewood A, Clarkson JE, McCabe MG. Interventions for preventing oral mucositis in patients with cancer receiving treatment: oral cryotherapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD011552.
3. National Cancer Institute Common Toxicity Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.003; Noviembre 2017. Disponible en: [https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic\\_applications/docs/CTCAE\\_v5\\_Quick\\_Reference\\_8.5x11.pdf#search=%22CTCAE%20v4.0%22](https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf#search=%22CTCAE%20v4.0%22)

## Trabajo de investigación premiado

### SEGUNDO PREMIO

### COMUNICACIÓN PÓSTER

# **BUENAS NOCHES... ¿A DORMIR? ANÁLISIS DE LOS FACTORES DISRUPTIVOS DEL SUEÑO EN UNA UNIDAD PEDIÁTRICA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.**

**Carme Coma Alventosa, Irene Grabulosa José**

Unidad TPH pediátrica. Hospital de Sant Joan de Déu. Barcelona

#### **RESUMEN**

**Introducción:** El sueño es uno de los indicadores más relevantes relacionados con la salud y está íntimamente relacionado con la calidad de vida. En el medio hospitalario se pone de manifiesto la necesidad de abordar esta necesidad de modo en que se prolonguen las horas de descanso y evitar los elementos disruptivos que lo limiten. En concreto, durante el proceso de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) diferenciamos tres fases: acondicionamiento, infusión/recuperación hematológica y mantenimiento, siendo las dos primeras críticas en las acciones y cuidados que abarcan las horas nocturnas. Los elementos estructurales de la unidad, los cuidados y curas enfermeros, o la adhesión al tratamiento terapéutico, son los factores disruptivos del sueño más destacados en la bibliografía.

**Objetivos:** Identificar y analizar los factores disruptivos del sueño en los niños ingresados en la unidad de TPH.

**Métodos:** Investigación cualitativa mediante un grupo focal formado por profesionales de enfermería, pacientes y familiares y cuidadores principales.

**Resultados:** En la fase de acondicionamiento e inmediata a la infusión, hasta el momento de plena recuperación hematológica, los elementos disruptivos del sueño se deben al aumento de tratamientos farmacológicos, control de signos vitales estrictos a causa de las complicaciones post-TPH, que, en sí mismas, también perturban el sueño del niño. En la fase de recuperación hematológica, se objetiva una disminución de los factores inoportunos, aumentando la calidad del sueño del niño, al acompañarlo una mejora clínica y sintomatológica.

**Discusión y conclusiones:** A raíz de los hallazgos presentados, se determinan intervenciones de mejora de carácter inmediato, tales como concienciar al equipo enfermero y médico, minimizar las entradas en la cámara concentrando los cuidados y hacer a la familia partícipe en la

creación de un buen entorno para el descanso nocturno. De la misma manera, se iniciará un programa específico para la unidad de TPH con el fin de establecer un plan de acción para adoptar medidas basadas en el proyecto SUEÑON.

## INTRODUCCIÓN

En el periodo de hospitalización para el Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) se requiere el aislamiento físico de los enfermos, como consecuencia de la inmunosupresión, periodo en el cual los pacientes manifiestan irritabilidad, agitación, estado de ánimo deprimido, ansiedad grave, o insomnio, entre otras<sup>5</sup>. Los niños trasplantados pasaran un mínimo de 4-6 semanas en un entorno hospitalario, y aproximadamente un 50% reingresará en el contexto de alguna complicación post-TPH<sup>2</sup>.

El sueño es uno de los indicadores más relevantes relacionados con la salud y está íntimamente relacionado con la calidad de vida. En el medio hospitalario se pone de manifiesto la necesidad de abordar esta necesidad de modo en que se prolonguen las horas de descanso evitando elementos disruptivos que lo limiten<sup>6</sup>. La interrupción del sueño, definida como alteraciones de los patrones normales de sueño, se observa comúnmente en pacientes y cuidadores con estadías prolongadas en el hospital<sup>1</sup>.

En la unidad de TPH del Hospital materno-infantil Sant Joan de Déu (HSJD), se detecta la necesidad de determinar cuáles son los factores que provocan un límite en la prolongación del sueño en nuestros niños ingresados.

En el marco del proyecto multicéntrico SUEÑON al cual está adscrito el Hospital, la actividad de enfermería nocturna ha pasado por un proceso de sensibilización haciendo evidente las

diferencias entre las diversas unidades y servicios, así como los procesos diferenciados entre especialidades, patologías y fases de la misma. En varios estudios se pone de manifiesto que la calidad de vida relacionada con la salud está potencialmente comprometida en todas las etapas del TPH. En concreto, en el TPH diferenciamos tres fases: acondicionamiento, infusión/recuperación hematológica y mantenimiento, siendo las dos primeras críticas en las acciones y cuidados que abarcan las horas nocturnas.

Tras una revisión bibliográfica hemos podido analizar que la interrupción del sueño puede ver alteradas las citoquinas, la función inmune y la función cardíaca<sup>3</sup>. Dichas interrupciones están relacionadas con elementos estructurales: carros de curas, bombas de infusión, teléfonos, ascensores<sup>4</sup>. Otro gran bloque de interrupciones las conforman los cuidados, curas y controles enfermeros: las entradas para controles de signos vitales, la administración de medicación nocturna, las alarmas de los monitores, en algún estudio se contabiliza una media de 12 entradas por noche en una habitación. El tercer gran factor reflejado en la literatura es la adhesión al tratamiento terapéutico y falta de información, contemplado por parte de los cuidadores de los pacientes pediátricos ingresados en unidades, los cuales también sufren los inconvenientes de las interrupciones del descanso relacionándolo con la merma de cuidados hacia su niño<sup>2</sup>.

En 2015 se publicó un estudio piloto donde se pretendía evaluar los patrones de sueño en niños y adolescentes en proceso de TPH, y analizar también los factores ambientales que influyeran en la interrupción de su sueño. Se concluye que estos niños tienen una calidad pobre de descanso nocturno durante la hospitalización. La interrupción más

destacada eran las numerosas entradas en la habitación<sup>3</sup>.

Uno de los últimos estudios publicados en este ámbito es el que aparece en el Journal of Clinical Oncology. En él, después de realizar un estudio tanto cualitativo como cuantitativo del sueño de los niños trasplantados han identificado un alto nivel de interrupción del sueño. Los factores más comunes han sido: las entradas en las habitaciones, el sonido de las bombas, el ruido en los pasillos y el habla del personal del hospital. Este estudio revela que hay algunos estudios donde se evalúa la calidad del sueño en cuidadores de estos niños pero no están descritas las vivencias de un paciente pediátrico en estos ámbitos<sup>2</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

El descanso nocturno, como ya sabemos, es fundamental para la mejoría de los niños hospitalizados en una unidad de TPH. Basándonos en la bibliografía encontrada hemos podido observar la escasez de evidencia científica que hay en relación a este tema. Creemos necesario, por tanto, identificar los factores que influyen en la interrupción del sueño de estos niños y niñas en proceso de TPH.

## OBJETIVOS

- Identificar los factores disruptivos del sueño en los niños y sus cuidadores en la unidad de TPH.
- Analizar las diferencias respecto a los factores disruptivos del sueño en las diferentes fases del trasplante.

## APLICABILIDAD

Reducir el impacto negativo de las interrupciones del sueño en la salud de los pacientes y sus familias, así como promover el respeto del sueño de pacientes y familias de la unidad de TPH, empoderando al equipo asistencial y cuidadores principales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo mediante grupo focal. En la primera fase del trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las distintas bases de datos.

Tras esta revisión, se determinó el estado de la cuestión y se procedió a organizar un grupo focal con enfermeras, pacientes y cuidadores principales. A través de este grupo se recogieron datos relativos a los factores que irrumpen el descanso nocturno de los pacientes ingresados en las cámaras de aislamiento de TPH del hospital Sant Joan de Déu. Cada uno de los participantes del grupo focal aportó la información basada en su experiencia y su vivencia. De esta forma se obtuvo un diagnóstico de la situación actual en relación al sueño y descanso nocturno del paciente pediátrico en la unidad de TPH.

## RESULTADOS

Se objetivan distintas intensidades en las interrupciones en relación al estadio del tratamiento. Para hacer una mejor recogida de estos datos se ha usado una tabla de elaboración propia donde las familias y los propios pacientes han podido constatar en qué fase les es más interrumpido su descanso nocturno.

## INTENSIDAD DE LAS DISRUPCIONES SEGÚN LA FASE DEL TPH

En la fase de acondicionamiento e inmediata a la infusión, hasta el momento de plena recuperación hematológica, los elementos disruptivos son más percibidos por las familias y pacientes debido al aumento de tratamientos farmacológicos, control de signos vitales estrictos a causa de las complicaciones post-TPH que, en sí, también perturban el sueño del niño. Las entradas en la cámara son más frecuentes y los monitores de

vigilancia y las bombas de infusión son sonidos constantes.

En la fase de recuperación hematológica, en tanto que los parámetros celulares ya se han estabilizado, el grupo focal objetiva una disminución de los factores inoportunos, aumentando la calidad del sueño del niño al acompañarlo una mejora clínica y sintomatológica.

En cuanto a la etiología de los elementos, en el grupo focal de TPH se diferenciaron tres grandes bloques:

- Elementos estructurales: luz, alarmas de bombas y monitores de constantes vitales, puertas, carros, apertura de material estéril.
- Organización de curas: tratamientos farmacológicos, control de signos vitales y sintomatología del niño, controles analíticos.
- Adherencia terapéutica: respeto por el sueño y el descanso de familias que no conocen la dinámica de los tratamientos y acciones nocturnas, acompañamiento permanente del niño con el consiguiente deterioro, falta de empoderamiento en el vínculo de curas/descanso del niño y adecuación de la cámara para facilitar las acciones del turno de noche enfermero.

## DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica y el grupo focal, se han puesto en valor diversos aspectos de la interrupción del descanso nocturno de nuestros pacientes y cuidadores en la unidad de TPH del HSJDD.

Existen elementos estructurales que no fomentan el descanso de las familias, así como la organización de curas y tratamientos nocturnos. Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con los descritos en la revisión bibliográfica. Ni el ruido en los

pasillos, ni las llamadas telefónicas han sido factores detectados por el grupo focal, debido a la estructura aislada de la unidad. Por lo contrario se han destacado el ruido de las bombas y la luz, como elementos principales de la interrupción del sueño.

Se percibe la necesidad de crear adhesión terapéutica con las familias, con el fin de empoderarlas a ellas también en el proceso de organización de curas y descansos.

El personal asistencial debe ser garante y cuidador del descanso nocturno del paciente y de su entorno, estando dispuesto a modificar las rutinas de la actividad enfermera, pautas médicas y circuitos hospitalarios que sean mejorables.

A raíz de los hallazgos presentados, se determinan intervenciones de mejora de carácter inmediato, tales como concienciar al equipo enfermero y médico, minimizar las entradas en la cámara concentrando los cuidados y hacer a la familia partícipe de crear un buen entorno para el descanso nocturno. De la misma manera se iniciará un programa específico para la unidad de TPH con el fin de establecer un plan de acción para adoptar medidas basadas en el proyecto SUEÑON.

## BIBLIOGRAFIA

1. Badia Alonso, Priscila, et al. "Sleep quality in hematopoietic stem cell transplant recipients and caregivers." (2018): 165-165.
2. Coleman, Kristen, et al. "Sleep disruption in caregivers of pediatric stem cell recipients." *Pediatric blood & cancer* 65.5 (2018): e26965.
3. Dandoy, Christopher E., et al. "Prospective pilot study evaluating sleep disruption in children and young adults undergoing stem cell transplantation." *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 21.2 (2015): S216.
4. Dandoy, Christopher E., et al. "Sleep: An Unrecognized Casualty of Stem Cell Transplant." *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 23.3 (2017): S229-S230.



5. Lorenzo González, Rosalía. "Calidad de vida del superviviente oncológico pediátrico sometido a un trasplante de progenitores hematopoyéticos." (2017).
6. Wright M. Children receiving treatment for cancer and their caregivers: a mixed methods study of their sleep characteristics. *Pediatr Blood Cancer*. 2011; 56 (4): 638-645. [PubMed: 21298752].

ID: 01173

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **SÍNDROME MANO-PIE POR CAPECITABINA: EFECTIVIDAD DE LA VITAMINA E**

Elena M<sup>a</sup> Párraga Ramos, María Sarrio Garrigues, Oscar Trapero Morant, Elena Puig Guasp, M<sup>a</sup> Rosario Ramos Girona

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

### **INTRODUCCIÓN:**

La Capecitabina es un agente citostático vía oral que evita el crecimiento de las células cancerígenas, pero tiene como posible efecto secundario la Eritro-disestesia palmo-plantar (PPE) o Síndrome mano-pie.

Este PPE se desarrolla con erupción cutánea, hinchazón, enrojecimiento, dolor y descamación de la piel de las manos y la planta de los pies.

Con este trabajo pretendemos demostrar si la vitamina E es eficaz para resolver los efectos adversos de esta medicación y el tiempo necesario para la total curación.

### **OBJETIVOS:**

1. Comprobar la eficacia de la vitamina E en el tratamiento de la PPE.
2. Disminuir el número de curas y el mal olor.
3. Mejorar la calidad de vida del paciente y su confort.

### **METODOLOGÍA:**

La paciente de 81 años de edad y con antecedentes de doble adenocarcinoma de colon fue ingresada en nuestra sala por toxicidad G3 a la Capecitabina.

La cura de PPE se realiza con el protocolo propuesto por la unidad de dermatología del hospital, se comienza con fomentos de agua sulfatada y crema de urea. Tras quince días de curas diarias y mala evolución se decide empezar con el tratamiento de filme olio (vitamina E). El primer día de tratamiento se realiza un desbridamiento mecánico para retirar el tejido desvitalizado y evitar el mal olor.

Las curas se realizan cada 48h con lavado de manos y pies con detergente vea (rico en vitamina E), aclarado con suero fisiológico, Filme olio, gasa grasa y vendaje de los dedos de forma independiente y pie completo. Durante el proceso se necesitan varios desbridamientos mecánicos.

En la segunda cura nos dimos cuenta de que la gasa grasa maceraba los dedos de los pies y las manos en exceso, por ello la sustituimos por apósito graso de *Adaptic®*, el cual ayuda a que no se acumule el exudado y a que este pase a un apósito secundario.

La aparición de nueva piel y cura total de pies y manos se consigue en poco tiempo y con pocas curas.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

Pudimos observar: la regeneración total de la piel, comprobando la eficacia de la Vitamina E.

Disminución del número de curas.

Disminución de la ansiedad del paciente por dolor. Eliminación total del mal olor.

Mejora de la calidad de vida del paciente y la familia.

Cura total de pies y manos en quince días con seis curas.

ID: 01233

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO COMPARTIDO ENTRE ESPECIALISTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y DEL HOSPITAL (H) PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA "ACMA: ATENCIÓN COMPARTIDA MAMA"**

Ana Belén Rodríguez García<sup>1</sup>, Mireia López<sup>3</sup>, Merche Mena<sup>3</sup>, Montse Vendrel<sup>2</sup>, Carmen Franco<sup>2</sup>, Ana De la Arada<sup>2</sup>, Nuria Gimferrer<sup>3</sup>, Imma Garrell<sup>3</sup>, Mónica Gómez<sup>4</sup>, Montserrat Muñoz<sup>1</sup>

1) Hospital Clínic Barcelona 2) Institut Català de la Salut -ICS 3) Consorci d'Atenció Primària Barcelona Esquerre -CAPSBE 4) Directora de l'Oficina Tècnica Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerre de l'Hospital Clínic de Barcelona

### **OBJETIVOS**

El objetivo principal de este programa es la mejora del seguimiento de las supervivientes de cáncer de mama localizado. El programa ACMA es iniciado en enero 2017 por los especialistas del H y de AP. Los objetivos secundarios son el control de la toxicidad tardía de los tratamientos recibidos, atención a las comorbilidades, atención psicológica-social y promover hábitos de vida saludable desde el alta hospitalaria, avanzando así la intervención de los especialistas en AP.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

El programa ACMA ofrece a todas las pacientes del AISBE (área integral de salud de Barcelona Esquerre) tratadas en el Hospital Clínic de Barcelona un esquema de seguimiento compartido entre especialistas de la AP y el H. Tras finalizar el tratamiento hospitalario se alternan visitas en AP y en el H en las que se recogen datos

estructurados en un sistema de información compartido, que permite guiar la visita, almacenarla y posteriormente analizar los datos. En estas visitas las enfermeras de primaria evalúan la percepción de la calidad de vida de las pacientes mediante el cuestionario de calidad de vida EQ-5D-3L. Se valoran también los efectos secundarios observados a medio y largo plazo de los tratamientos recibidos, y enfermería a través de la educación terapéutica promueve un estilo de vida saludable, interviene en los hábitos tóxicos que pueda haber, recomendaciones dietéticas y actividad física. Se recomiendan los cribajes poblacionales pertinentes y se revisa el cumplimiento del tratamiento hormonal.

### **RESULTADOS:**

La inclusión en el programa ACMA ha sido aceptada por el 93.5% de las pacientes. Los motivos más frecuentes de rechazo fueron desear solo control hospitalario, falta de tiempo y comorbilidades. Según el cuestionario EQ-5D-3L el valor medio de la calidad de vida percibida por las pacientes es de 72,98 sobre 100. Dolor y ansiedad son los síntomas más prevalentes.

### **CONCLUSIONES:**

El programa ACMA ha sido muy bien aceptado por parte de las pacientes y los profesionales. Ofrece una mejora cualitativa y una atención coordinada, continua y centrada en la paciente.

ID: 01252  
Tipo: Póster  
Área temática: Urgencias oncológicas

### **IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN CONTINUADA ONCOLÓGICA: NECESIDADES Y PERFIL DE PACIENTE ATENDIDO.**

M<sup>a</sup> del Carmen Ortega Tapia, Laura Magallón López, Lidia Garrote Moliner, Sandra Cabrera Jaime

Institut Català d'Oncologia

#### **INTRODUCCIÓN:**

La Unidad de Atención Continuada Oncohematológica (UACO) tiene como objetivo ofrecer una atención continuada especializada y de alta resolución a pacientes oncológicos, para evitar las urgencias hospitalarias. Los criterios de atención son ser paciente en tratamiento oncológico activo con patología aguda relacionada directamente con el proceso oncológico. Se excluyen: paciente que precisan de la intervención de otras especialidades no oncológicas para su orientación aguda, paciente con fiebre y quick-SOFA positivo, paciente con inestabilidad hemodinámica. Su infraestructura cuenta con 4 recursos de atención con 2 enfermeras (8 a 22h) y una internista (8 a 17h).

#### **OBJETIVOS:**

Determinar el motivo de consulta y perfil de paciente prevalente desde su implementación.

#### **METODOLOGÍA:**

Estudio descriptivo transversal, en UACO del Institut Català d'Oncologia Badalona durante noviembre 2017 a noviembre 2018, en pacientes oncohematológicos que acuden por consulta urgente. Variables: sexo, especialidad, consultas presenciales, consultas telefónicas, patología,

tratamiento, motivo de consulta, diagnóstico UACO, destino.

Desarrollo: Obtención de datos secundarios mediante historia clínica informatizada SAP.

#### **RESULTADOS:**

Muestra de 2.698 pacientes. Un 51% fueron hombres y un 49% mujeres. Un 58% de los pacientes se valoraron dos o más veces. El 76% de las consultas pertenecen a oncología y el 21% de hematología. El 79% fueron visitas presenciales espontáneas y el 21% fueron consultas telefónicas. Las patologías más frecuentes fueron cáncer de pulmón (14,64%), mama (14%) y colorrectal (9,15%). Un 49% presentó enfermedad avanzada (metástasis) y un 46,4% realizaba tratamiento con quimioterapia.

Los motivos de consulta fueron disnea (89.6%), dolor (18.4%), fiebre (14.7%) y otros (20.2%). Los diagnósticos tras anamnesis son progresión de la enfermedad (5.1%), mucositis (5.3%), infecciones respiratorias (11.1%), fiebre no neutropénica (7.8%), dolor (18%) y otros (31%).

El 89% de los pacientes que acudieron a UACO fueron dados de alta a domicilio.

#### **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:**

La UACO representa un área esencial para la atención de las urgencias que presenta el paciente oncohematológico, evitando acudir a urgencias hospitalarias generales.

El número de pacientes que recibe tratamiento con quimioterapia es de 2936 anuales. Y los pacientes atendidos en la UACO han sido 2698. Se podría valorar el aumento de infraestructura y personal formado en el ámbito oncohematológico.

ID: 01253

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **SEGURIDAD EN PROCESO QUI- MIOTERÁPICO: INDICADORES DE RESULTADO**

María José Martínez García, María del Carmen Ortega Tapia, Anna Pagés Navarro, Lidia Garrote Moliner, Sandra Cabrera Jaime

Institut Català d'Oncologia

### **INTRODUCCIÓN:**

La enfermera de Hospital de Día Oncohematológico (HOD) es quien detecta la presencia de una extravasación, flebitis o reacción adversa medicamentosa (RAM), y valora y gestiona los cuidados y acciones necesarias.

### **OBJETIVOS:**

Determinar la incidencia de extravasaciones, flebitis química y RAM como indicador de seguridad y calidad asistencial del proceso de atención quimioterápica.

Definir áreas de mejora en el abordaje del paciente oncológico en tratamiento con quimioterapia endovenosa.

### **METODOLOGIA:**

Estudio descriptivo transversal, en HOD del Institut Català d'Oncologia Badalona, durante el año 2018 en 2936 pacientes que reciben tratamiento quimioterápico endovenoso.

Variables: presencia de extravasación, flebitis química o RAM.

Obtención de datos: aplicativo ESPOQ e Historia Clínica SAP.

### **RESULTADOS:**

Se registraron 132 incidentes, 26 extravasaciones, 11 flebitis y 95 RAM. Siendo las tasas un 0,97‰ extravasaciones, 0,44‰ flebitis química y 3,01‰ RAM.

De las 26 extravasaciones, un 42% las venas eran buenas y un 31% finas. El 42% los tratamientos extravasados son de efecto local vesicante. 3 casos son de Ensayo Clínico, habiéndose realizado primera visita de enfermería en los 3 y con una correcta indicación de catéter en un caso. En las 23 extravasaciones restantes, se realizó primera visita de enfermería en 11 casos con indicación correcta de catéter en 3 ocasiones.

De las 11 flebitis, 5 casos son de Ensayo Clínico y ninguno realizó visita de enfermería, con incorrecta indicación de catéter. De las 6 flebitis restantes, se realizó visita de enfermería en un 50% y la indicación de catéter no ha sido la correcta en ningún caso.

Los tratamientos con más RAM son Oxaliplatino (31%), Rituximab (13%), siendo leves (49,5%) y moderadas (48,4%).

### **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:**

Áreas de mejora: derivación del paciente previo inicio de tratamiento a la consulta de enfermería, para realizar una mejor valoración de accesos venosos y una correcta indicación de catéter.

Mejorar la formación en la correcta indicación de catéter a enfermería de HOD y ensayos clínicos.

ID: 01267

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **CONTROL DEL DOLOR TRAS EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN UN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Judith Abelló Lahuerta, Estefanía Cámara Morales, Raquel Milán Cordero, Sonia Pérez Correa

Hospital Universitario Vall d'Hebron Materno-infantil. Unidad Onco-hematológica pediátrica. Barcelona Enfermera especialista en pediatría.

### **INTRODUCCIÓN**

En el paciente oncohematológico pediátrico el dolor está muy presente debido a múltiples factores como la propia patología, el tipo tratamiento, la realización de técnicas invasivas, etc. El dolor conlleva alteraciones psicológicas como el aumento del miedo, de la angustia o de la ansiedad del niño y su familia. Este hecho afecta al control del dolor, por lo que es necesario dedicar tiempo a mejorar la propia respuesta emocional para así disminuirlo.

### **OBJETIVOS**

Mostrar que tras abordar el estado anímico del paciente se consigue mejorar sustancialmente el dolor.

Identificar las medidas no farmacológicas llevadas a cabo por enfermería que reducen la ansiedad en los pacientes.

### **MÉTODO**

Búsqueda bibliográfica en bases de datos y motores de búsqueda (PubMed, Scielo, Cuiden), revisión de la historia clínica del paciente y reuniones con equipo enfermero para elaborar el trabajo.

### Caso clínico

Paciente de 5 años, nacido en Honduras, diagnosticado en mayo de 2015 de LAL-B alto riesgo. Ingresó en el Hospital en agosto de 2017 por recaída precoz en julio de 2017 y una lesión perianal que precisó una colostomía de descarga. Durante el proceso tuvo dolor y ansiedad derivado de su proceso y de las curas.

A través de este caso describimos la intervención que realizó enfermería sobre la ansiedad que le ocasionaba la realización de las curas influyendo en el control de su dolor.

### **CONCLUSIÓN**

Es importante que las intervenciones cognitivas y conductuales se incorporen precozmente al tratamiento de la enfermedad como parte de un enfoque integral del manejo del dolor combinándose con el tratamiento farmacológico.

Necesitamos una escala de valoración de ansiedad ágil y diaria, que permita a enfermería valorarla de modo objetivo para poder actuar.

Hay que mejorar la comunicación entre profesionales para conseguir una actuación más rápida y eficiente; por ello, es importante el registro del estado emocional del paciente.



ID: 01282  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **PROCEDIMIENTO DE INDICACIÓN DE CATÉTER PARA LA MEJORA DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD**

Lidia Garrote Moliner, Sandra Cabrera Jaime, Ana M<sup>a</sup> Jiménez Zarate

ICO Badalona. Enfermera. Cap Hospital de Día OncoHematológico y Consulta Externa. ICO Badalona  
lgarrote@iconcologia.net

### **INTRODUCCIÓN:**

La terapia intravenosa es la administración de sustancias líquidas a través del catéter vascular (CV), siendo la vía más rápida para el aporte de soluciones y fármacos y única vía de administración para algunos tratamientos. Es importante que los profesionales realicen una valoración del paciente que requiera dicha terapia previa a la implantación del CV (reservorio subcutáneo, catéter venoso central de inserción periférica (PICC), Catéter venoso central percutáneo no tunelizado, tunelizado, catéter venoso periférico (CVP) y catéter venoso medial), según necesidades del paciente, tipo de medicamento y duración del tratamiento.

### **OBJETIVOS:**

Proporcionar a los profesionales una guía para la toma de decisión de la selección del tipo de catéter venoso en pacientes oncohematológicos que requieren tratamiento intravenoso.

Mejorar la calidad en la atención en los pacientes con indicación de terapia intravenosa. Evitar venopunciones repetidas, complicaciones relacionas

con la terapia intravenosa y preservar el capital venoso.

Reducir la variabilidad de la praxis de los profesionales.

### **METODOLOGIA:**

Se implementó el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de indicación de catéter venoso en 2017 en paciente oncohematológico en HOD del Institut Català d'Oncologia Badalona, y se analizó su cumplimiento durante enero de 2017 y septiembre de 2018.

Recogida de datos mediante corte transversal con observación directa del tipo de CV implantado.

Variables: unidad de tratamiento, terapia prescrita por vía endovenosa, determinar si el medicamento permite administración por vía periférica, duración del tratamiento, tipo de catéter, determinación indicación correcta.

### **RESULTADOS:**

Según los cortes observacionales del cumplimiento del PNT de indicación de catéter, en el año 2017 en 33 pacientes el 46% (11) tenía una mala indicación de catéter, al administrar tratamientos por CVP que no estaba indicado. En el 2018 de 36 pacientes sólo el 8,3% (3) tenía una mala indicación de catéter. La tasa de extravasación disminuyó del 1,22‰ al 1,03‰. (2017: 19 casos / 15.536 quimioterapias y 2018: 29 casos / 27.937 quimioterapias).

### **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:**

Existe una mejora significativa del cumplimiento del PNT de la indicación de catéter, mejorando la calidad en la atención de pacientes con indicación de terapia intravenosa.

ID: 01284

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **INCIDENCIAS CUTÁNEAS REGISTRADAS EN PACIENTES TRAS ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO CON FLUORORACILO INFUSOR A TRAVÉS DE PORT-A-CATH**

MN Miguel Ranero, MI Barrenechea Esparza, A Mouriz Puertas, M Bahílló Rodríguez, E Riega Domínguez, I Zabala Olaechea

Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).  
Unidad de Hospital de día Onco-Hematológico.

### **INTRODUCCIÓN**

La administración de quimioterapia se realiza por varias vías. De las más utilizadas para la administración continua es el Port-A-Cath, beneficioso para el paciente porque evita su estancia hospitalaria, le aporta mayor autonomía y tiene menor coste económico.

Al igual que otros dispositivos no está exento de complicaciones. Durante un periodo de tres meses registramos varios casos de lesiones cutáneas en pacientes con infusores 5-fu, se describieron como quemaduras químicas en la piel en contacto con la cápsula del dispositivo. En este trabajo queremos exponer esta serie de casos que se dieron durante los meses de mayo y junio del 2018 en nuestra unidad hospitalaria, registrándose 6 pacientes afectados.

### **OBJETIVO:**

Analizar las posibles causas de las incidencias registradas.

### **METODOLOGÍA:**

Se implementó un registro de incidencias a través del programa OsaNaia (programa corporativo de Osakidetza). Con cada paciente se estableció un seguimiento de su lesión y su respectivo plan de cuidados individualizado.

### **RESULTADOS**

Tras la implantación de los respectivos planes de cuidados establecidos y la realización de sus intervenciones, se consiguió restablecer completamente la integridad cutánea en todos los pacientes.

### **DISCUSIÓN**

En nuestra práctica clínica nos encontramos a diario con situaciones imprevistas ante las cuáles actuamos basándonos en nuestro criterio enfermero. En este caso decidimos consultar con el comité de expertos en cuidados de úlceras de nuestra organización sanitaria para aplicar unos cuidados óptimos basándonos en la mayor evidencia científica. El objetivo era recuperar completamente y en el menor tiempo posible la integridad cutánea de los pacientes para poder continuar con normalidad los ciclos de quimioterapia consecutivos.

Se procedió a realizar las curas mediante limpieza con suero fisiológico y clorhexidina acuosa al 2%, un apósito de espuma microadherente con tecnología de TLC-NOSF en la zona lesionada y se cubrió con apósito absorbente compuesto por una fina espuma de poliuretano. Se realizaron curas cada 72 horas, resolviéndose en una media de 3-4 semanas.

Hicimos un análisis retrospectivo con los datos recopilados para identificar las posibles causas y evitar su repetición. Para el análisis de las variables se utilizó el "SAS Windows statistical software, versión 9.2" y los resultados obtenidos no establecieron ninguna relación entre las variables analizadas.

### **CONCLUSIONES**

La aplicación de unos buenos cuidados y una rápida actuación, contribuyeron a una pronta recuperación y un menor retraso del tratamiento. A pesar de intentar establecer una relación de causa, no se encontró una relación significativa entre las variables analizadas.

ID: 01285

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUTROPENICO**

Miren Itxaso Barrenechea Esparza, Soraya Almodóvar Ortega, Ana Belén Mosquera Sánchez

Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).

### **INTRODUCCIÓN**

La medicina ha experimentado un importante progreso incrementando las expectativas de vida de los pacientes gracias a las medidas terapéuticas que la ciencia aporta, entre ellas la administración de quimioterapia con intención curativa, siendo una terapia intensiva y a su vez un riesgo a la hora de desarrollar periodos de inmunosupresión, siendo ésta una complicación severa.

La severidad de la neutropenia influye en la gravedad de la infección que contrae el paciente, precisando una vigilancia y medidas de asepsia extrema.

El personal de enfermería resulta clave, por lo que debe estar provisto de conocimientos sobre la patología, el tratamiento y la atención.

### **OBJETIVOS**

Determinar si el equipo de enfermería tiene los conocimientos necesarios para el manejo del paciente con neutropenia febril.

### **METODOLOGÍA**

Para evaluar el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre neutropenia febril se aplicó un cuestionario anónimo estructurado por preguntas cerradas, participando 45 enfermeros de la unidad de oncohematología.

El cuestionario contenía 17 preguntas, 7 incluyeron información respecto a la formación personal y 10 preguntas sobre conocimientos técnicos.

### **RESULTADOS**

Los resultados según el tiempo en la unidad: mejor puntuación los que llevaban menos de 1 año. En cuanto a si el enfermero creía estar formado para el manejo adecuado del paciente neutropénico: mejores resultados en los que no lo creían.

Relación entre antigüedad y creer estar formados: obtuvimos como resultados que el 65,63 % de personas con más de un año de antigüedad consideraban estar formados, frente al 25% del personal con menos de 1 año en la unidad.

### **DISCUSIÓN**

Señalar que el tiempo de experiencia del profesional de enfermería en la unidad no es aspecto significativo a la hora de atender a pacientes con neutropenia febril.

La totalidad de los profesionales demostraron amplio manejo en el paciente neutropénico, destacando que aquellos que llevaban menos de 1 año en la unidad obtuvieron mejores resultados en conocimientos técnicos. Los profesionales de más un año de experiencia identificaron uno de los focos más frecuentes de infección.

### **CONCLUSIONES**

La actuación de enfermería efectiva ayuda a la buena evolución del paciente con neutropenia ya que las infecciones no tratadas predisponen a una alta mortalidad, de ahí la importancia de la actualización de conocimientos y formación activa basada en la mejor evidencia, contribuyendo así a mejorar la calidad asistencial.

Todos los participantes apostaron por la necesidad de instaurar cursos de reciclaje y formación continua sobre el manejo del paciente neutropénico.

ID: 01290

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **DISEÑO DE UN PROGRAMA FORMATIVO DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE JOVEN DIAGNOSTICADO DE OSTEOSARCOMA**

Mireia Casajuana López de Pablo, Julia Mingorance Puerta, Carmen Rey Aguilera, Daniel Romero Montenegro

UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL "HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU", BARCELONA.

### **INTRODUCCIÓN**

Los sarcomas constituyen un grupo amplio de tumores del tejido conectivo. Se caracterizan por requerir un tratamiento multidisciplinar complejo. Pese a ser poco comunes (450-500 casos/año en España) su mortalidad ronda el 0,8% (750-800 muertes/año), siendo la supervivencia a los 5 años del 50% en función del estadio (algo más elevada en niños: 65%). El osteosarcoma es la 5ª causa de cáncer en jóvenes de entre 15-19 años. Produce un fuerte impacto emocional en el paciente y su familia, afectando también al personal de enfermería por todo lo que implica la enfermedad.

### **OBJETIVO**

Elaborar un programa formativo para el manejo del osteosarcoma mejorando la asistencia de los pacientes y su familia tratados en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Profundizar en el autocuidado de los profesionales de enfermería para fomentar unos cuidados de excelencia.

### **METODOLOGÍA**

Se realizará un proyecto de intervención con la realización de un programa formativo para dos grupos de enfermeras oncológicas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Se estructurará en tres sesiones para trabajar los aspectos teóricos y desarrollar habilidades para la atención emocional y se trabajará de forma práctica la auto cura del profesional de enfermería.

### **RESULTADOS**

Con la realización del programa de formación se facilitará al personal de enfermería oncológica el uso de herramientas para su autocuidado y para identificar factores de estrés laboral. Así mismo, se les capacitará para el manejo de las situaciones difíciles y en consecuencia mejorar la calidad de la atención dada a los pacientes.

### **CONCLUSIONES**

El impacto emocional provocado por el osteosarcoma puede repercutir en el personal de enfermería. Ello nos lleva a elaborar un programa para el autocuidado, permitiendo así mantener unos cuidados de calidad.

### **PALABRAS CLAVE**

Osteosarcoma, impacto emocional, autocuidado, burnout y fatiga emocional

ID: 01291

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **CRIBADO OPORTUNISTA EN MUJERES CON HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA Y SEGUIMIENTO DE AQUELLAS CON RIESGO MODERADO, POR LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE PATOLOGÍA MAMARIA (UFPM) DEL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (CST).**

L Menchen Palau, S Luna Sánchez, JM Lain Llach, I Pascual Malo, J Domenech Medina

Consorti Sanitari de Terrassa. Hospital de Terrassa

### **INTRODUCCIÓN**

La historia familiar de cáncer de mama es un factor de riesgo importante a tener en cuenta. Tan sólo el 5-10% de los casos son hereditarios, aunque en un 15-20% presentan agregación familiar. La prevención y detección precoz del cáncer de mama supone un reto para la enfermería de las unidades de patología mamaria.

### **OBJETIVO**

Evaluar, clasificar y planear las actuaciones a seguir en relación al riesgo por historia familiar.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Población diana:** mujeres entre 35 y 70 años con antecedentes familiares de primer, segundo y/o tercer grado de cáncer de mama y/u ovario, de la población de referencia del CST, derivadas a la UFPM. Tras la entrega de una hoja informativa dónde se le solicita información de su familiar, reciben citación por correo y/o vía telefónica.

1. Primera visita: Presencial. Recogida de la historia familiar hasta tercer grado; explicación de los

controles a seguir en función del resultado; prevención primaria. Entrega de información por escrito. Si faltan datos se le proporciona teléfono/email. Posteriormente se procede al cálculo del riesgo con el programa BOADICEA. Es un modelo empírico de predicción que ayuda a detectar familias o individuos con síndromes de cáncer hereditario.

2. Segunda Visita: Telefónica. Información del riesgo y confirmación de los controles a seguir. Si es riesgo moderado, se hace petición de Mx (Mamografía) y de visita para resultados en un mes.
3. Visitas sucesivas: visita anual tras la Mx para informar del resultado y programar los controles posteriores.

Clasificación según el riesgo:

**Bajo:** <15% Seguirán los mismos controles que el resto de la población.

**Moderado:** 15-24% Control desde la UFPM con Mx anual. A los 50 y 70 años se hace un recálculo del riesgo. **Alto:** >25%. Derivación a Consejo Genético.

### **RESULTADOS**

Entre 2010-2018 se han visitado 1813 mujeres. Según Boadicea, 1351 presentaban riesgo bajo, 444 riesgo moderado y 18 riesgo alto. Se han detectado 20 neoplasias.

### **CONCLUSIONES**

El Cribado oportunista en pacientes con historia familiar de cáncer de mama mediante el programa Boadicea, permite identificar de forma definitiva al grupo de riesgo al que pertenece la paciente y hacer su seguimiento. Es una competencia de la enfermera gestora de casos en cuanto a prevención y detección precoz. Proporciona una atención holística e integral, y garantiza calidad y continuidad asistencial.

ID: 01292  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE INTERACCIONES ALIMENTO-MEDICAMENTO DE LAS ENFERMERAS ONCOLÓGICAS**

M<sup>a</sup> Cristina Fernández Roviralta

Institut Català d'Oncologia  
L'Hospitalet de Llobregat

### **INTRODUCCIÓN**

Una interacción entre alimento y medicamento (IAM) es la aparición de efectos inesperados, no siempre adversos, con la toma conjunta de alimentos y fármacos, ya sea por modificación del efecto de los nutrientes con el medicamento o viceversa. Otras interacciones se producen entre fármacos y sustancias alimentarias como aditivos, alcohol o plantas medicinales. Son numerosas las IAM conocidas, sin embargo a pesar de lo relevante del tema para el enfermo oncológico, ha sido poco estudiado. Dada la responsabilidad de enfermería en la administración de medicación, este estudio ofrecerá información y evidencia sobre el área.

### **OBJETIVO**

Evaluar los conocimientos sobre las IAM más prevalentes de las enfermeras oncológicas de unidades de hospitalización del centro oncológico: Institut Català d'Oncologia ICO-Hospitalet.

### **METODOLOGIA**

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo transversal. Realizado de mayo a septiembre de 2018. N= 57.

**Inclusión:** Enfermeras/os con un año de experiencia o más.

**Exclusión:** Enfermeras no presentes en el momento del estudio.

**Variables** como edad, sexo, unidad, opinión sobre la alimentación del paciente oncológico y preparación y administración de fármacos, conocimiento sobre la interacción entre

fármacos y alimentos, de administración farmacológica por sonda nasogástrica, interacciones entre tabaco, alcohol y plantas medicinales con medicamentos y de fármacos sobre la nutrición.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario ad-hoc de 33 preguntas, creado por la investigadora y su análisis mediante estadística descriptiva y porcentajes de las variables a estudio, mediante el programa Excel para Windows.

### **RESULTADOS**

El 87,7% percibe que la IAM es poco conocida. El 80,7% de las participantes era menor de 40 años. Manifestaron como tema de interés la alimentación del paciente y la adecuada administración de fármacos. En la variable conocimiento sobre interacciones sí conocen un 62,66%. Sobre conocimiento de las interacciones hábitos tóxicos (tabaco y alcohol) - fármaco se reduce a un 53,95% y un 53,51% sobre las interacciones entre plantas y fármacos. Sin embargo, un 94,29% conocían las interacciones de los fármacos sobre la alimentación.

### **DISCUSIÓN**

La implicación de la enfermera oncológica en la prevención, detección precoz y tratamiento de las IAM es clave para evitar complicaciones en el enfermo oncológico. Como tema desconocido e infravalorado, será importante concienciar a todo el equipo sobre su valor.

### **CONCLUSIÓN**

El equipo de enfermería está muy comprometido en los cuidados del paciente oncológico, sin embargo, este estudio indica que los conocimientos del personal sanitario son deficientes en el campo de las interacciones.



ID: 01294  
Tipo: Comunicación Oral  
Área temática: Miscelánea

### **LONG-TERM CANCER SURVIVORSHIP: WHAT ARE THE NEEDS OF THE FAMILY?**

Cristina Garcia-Vivar<sup>1</sup>, Beatriz Cavallar<sup>2</sup>

1) Universidad de Navarra 2) Clínica Universidad de Navarra

**Background:** The experience of cancer survivorship has been found to take on a family dimension in that cancer is not an individual experience, but a family experience throughout the different phases of the cancer trajectory, including long-term survivorship. Despite no signs of disease, concerns about recurrence or the uncertainty of the future cause endured suffering among families who are dealing with the late effects of cancer. There is growing evidence of the late physical and psychosocial effects of cancer and treatments among long-term cancer survivors. However, little is known about the specific concerns of family members in the permanent cancer survivorship. Understanding families' experiences in this chronic phase of the disease is crucial to support families living beyond cancer.

**Aim:** The aim of this study was to identify and present the needs of family members in the long-term cancer survivorship.

**Methods:** A narrative review with systematic methodology was carried out. The selection of articles was conducted in PubMed, CINAHL and PsycINFO databases and the Cochrane Library for the period 2015 to 2018. Additionally, a manual review of the 10 most important international journals in the field of cancer nursing and oncology was completed. Sixteen articles met the selection criteria and were assessed for their methodological quality and analyzed using content analysis.

**Results:** The family members, referred to as *secondary survivors*, have specific needs that should be addressed by healthcare professionals. These needs were classified into the following four categories: emotional and spiritual support, information needs, care management of the survivor, and the need for care as family members.

**Conclusions:** This review compiles evidence that shows that the family should be viewed as the unit of care in the long-term cancer survivorship. Furthermore, it provides a starting point for the development of new clinical practice guidelines that promote family assessment and intervention, not only in the initial phases of cancer diagnosis and treatment, but also in the long-term cancer survivorship.

ID: 01296  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES PORTA-DORES DE PICC**

Laura Hernangómez Martín, Rocío Cordero Panadero, Cristina Rodríguez Velasco, Verónica Carrilero Márquez, María Julia Sánchez García, Sonia Ortigosa Roldán

HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

### **INTRODUCCIÓN**

Es una prioridad en la unidad de Oncología Médica la preservación del capital venoso en los pacientes, conociendo además que los tratamientos que administramos y las pruebas que realizamos son muy agresivos para el sistema vascular.

Buscando la excelencia en la calidad asistencial, siempre que exista la posibilidad, se oferta un catéter central de inserción periférica.

Nuestro trabajo surge buscando el impacto que puede causar en las actividades de la vida diaria y en las actividades de ocio.

### **OBJETIVOS**

Principal: Saber la opinión de los pacientes respecto al impacto que ejerce su catéter en la vida cotidiana

Secundarios:

- Detectar si existen elementos susceptibles de mejora que nos planteen reestructurar rutinas
- Definir áreas de mejora

### **METODOS**

Estudio descriptivo transversal realizado entre Octubre de 2018 y Marzo de 2019 en un hospital de alta complejidad en la unidad de Oncolo-

gía Médica. Se realiza una encuesta auto diseñada sobre 30 pacientes con 12 preguntas según escala de valoración Likert (puntuada de 1 a 5).

### **RESULTADOS**

La población encuestada es un 33,33 % mujeres y un 66,67% hombres mayores de edad.

El 100% de los pacientes encuestados manifiestan su satisfacción con el dispositivo, diferenciando puntos de mejora:

- El 40% de pacientes de sexo femenino refieren que han cambiado su vestimenta pensando en el catéter, frente al 15% de sexo masculino.
- El 30 % encuentra dificultades para transportar la compra debido a que no puede coger peso con el brazo del dispositivo.
- El 23,33 % tiene dificultades para limpiar cristales
- En el sexo femenino aparecen más dificultades en el área del aseo (50%), frente al sexo masculino (30%)
- Sin duda el factor más alterado en ambos sexos es el ítem bañoducha (53,33%)

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El dilema que se nos plantea es valorar el beneficio de la colocación de un catéter PICC a los pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia, teniendo en cuenta la repercusión que va a tener en su vida diaria frente a la elección de otros dispositivos de larga duración.

Antes de insertar un catéter de larga duración, debemos valorar el brazo dominante y qué zona es la que menos afecta a las actividades diarias del paciente, para que siempre que sea posible elijamos la zona más cómoda o bien valorar la colocación de otros dispositivos.

ID: 01297

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE MICROORGANISMOS DE ESPECIAL RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO**

A Jimenez Zarate, S Cabrera Jaime, L Garrote Moliner, N Zarza Arnau, L Llobera Rius, D Ramírez Tarruella

Institut Català d'Oncologia. Badalona.

### **INTRODUCCIÓN**

Entre un 5 y un 10% de los pacientes hospitalizados desarrollan alguna infección relacionada con la asistencia sanitaria, siendo especialmente relevantes las causadas por los denominados Microorganismos de Especial Relevancia Epidemiológica (MERE). En algunos casos, es posible la negativización del estado de portador, si bien en nuestro centro, detectamos un déficit en el seguimiento de estos pacientes cuando eran atendidos en el área ambulatoria. El incremento de casos provoca una mayor necesidad de recursos asistenciales y de complejidad al proceso de atención, requiriendo de un replanteamiento del seguimiento y control de los pacientes.

### **OBJETIVOS**

Evaluar el impacto en la seguridad del paciente tras la implementación de un procedimiento de seguimiento de pacientes portadores de microorganismos multirresistentes, en el área ambulatoria.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Elaboración de procedimiento para el seguimiento de los pacientes portadores o con infección activa por MERE, en el área ambulatoria. Ámbito: Unidad hospital de día Oncohematológico del Institut Català d'Oncologia Badalona (Barcelona)

durante 2018. Diseño: Estudio post intervención. La intervención consistió en la creación del procedimiento y la difusión del mismo mediante formación obligatoria a todos los equipos profesionales y unidades durante los meses de octubre y noviembre de 2017. Población: Pacientes oncohematológicos atendidos en el área ambulatoria en los que se detectaba la alerta por germen multirresistente, en la historia clínica informatizada. Asimismo, se incluían aquellos pacientes dados de alta en la Unidad de hospitalización con tratamiento o controles en curso. Variables: tipo de germen, resultado en muestra clínica, estado de portador, intervención propuesta, conclusión del caso. Recogida de datos: Análisis prospectivo de las intervenciones realizadas.

### **RESULTADOS**

Se ha realizado seguimiento sobre un total de 29 pacientes. En el 76% (22) de los pacientes, se había activado la alerta por MERE por muestra clínica positiva y el 24% (7) por ser portador nasal y/o rectal. Como principales intervenciones, se realizaron controles del estado del portador mediante frotis en el 69% (20) de los casos y tratamiento y frotis de control posterior en el 21% (6). Se negativizó el estado de portador al 93% (27) de los pacientes en seguimiento, pudiendo retirar la alerta del sistema informático en el 55% de los casos (16). En el 45% restante, a pesar de disponer de resultado negativo, no estaba indicada la suspensión de la alerta por alto riesgo de recolonización.

### **CONCLUSIONES**

La implementación de un circuito de seguimiento ha permitido disminuir la prevalencia de pacientes portadores de MERE en el área ambulatoria, simplificando su proceso de atención y disminuyendo los costes derivados de medidas de aislamiento innecesarias.

ID: 01299

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE PEGASPARGASA INTRAMUSCULAR**

MT Puente Martínez<sup>1</sup>, JM Palanca de la Varga<sup>2</sup>, I Cascallana Huerga<sup>1</sup>, P Pérez García<sup>1</sup>, M García García<sup>1</sup>, V Argüello Bernardo<sup>1</sup>

1) Complejo Asistencial Universitario de León.  
2) Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad de León

### **INTRODUCCIÓN**

La pegaspargasa (Oncaspar®) está indicado como parte del tratamiento antineoplásico combinado de la leucemia linfoblástica aguda (LLA) en pacientes pediátricos desde recién nacidos hasta adolescentes de 18 años de edad, así como en pacientes adultos. Es un conjugado covalente de L-asparaginasa derivada de *Escherichia coli* con monometoxipolietilenglicol.

### **OBJETIVOS**

Actualizar los conocimientos de enfermería en el manejo de pegaspargasa. Hay que destacar el papel de enfermería en la administración de pegaspargasa y en el seguimiento del paciente.

### **METODOLOGÍA**

Revisión de diferentes bases de datos: Google académico, Medline-PubMed, Scielo. Para la elección de las Palabras Clave (PC) se consultaron los tesauros DeCS y MeSH y los términos utilizados para la búsqueda fueron: Pegylated Asparaginase, Acute Lymphoblastic Leukemia y Intramuscular injection. Las vías de administración de pegaspargasa disponibles en la actualidad son intravenosa (IV) e intramuscular (IM), y sus diferencias estriban fundamentalmente en la biodisponibilidad y en los efectos secundarios (reacciones alérgicas). La vía IV podría limitar la duración y

gravedad de la reacción, ya que permite interrumpir la administración en el momento en que se inician los signos, mientras que con la vía IM la reacción alérgica se mantiene hasta la degradación total de la dosis completa del fármaco.

### **RESULTADOS**

Cuando la pegaspargasa se administre mediante inyección intramuscular en un músculo grande. El volumen inyectado en un mismo punto no debe superar los 2 ml en niños y adolescentes, ni los 3 ml en adultos. Si se inyecta un volumen mayor, la dosis se repartirá entre varios puntos de inyección. Entre los efectos adversos, destacan las reacciones adversas muy frecuentes: del sistema inmunológico (hipersensibilidad, urticaria, erupción cutánea y reacciones anafilácticas), trastornos endocrinos (hiperglucemia) y trastornos gastrointestinales (pancreatitis, diarrea y dolor abdominal).

### **CONCLUSIONES**

Solamente se debe administrar en un entorno hospitalario donde se disponga del equipo de reanimación cardiopulmonar adecuado. Se debe realizar un seguimiento exhaustivo y cuidadoso de los pacientes para detectar si muestran reacciones adversas durante el periodo de administración.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. C. Moscardó Guillem et al. Anales de Pediatría **Vol. 79. Núm. 5**, Noviembre 2013 páginas 275-342 [Internet]. [Consultado 16 mar 2019]. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es-actualizacion-del-tratamiento-con-l-asparraginasa-articulo-S1695403313001537>
2. European Medicines Agency. EMA: Oncospar, INN-pegaspargase-Europa EU [Internet]. [Consultado 16 mar 2019]. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/oncospar-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/oncospar-epar-product-information_es.pdf)
3. Vademecum: Oncospar sol.iny. y para perfusión 750 U/ml [Internet]. [Consultado 16 mar 2019]. Disponible en: [https://www.vademecum.es/medicamento-oncospar\\_ficha\\_45814](https://www.vademecum.es/medicamento-oncospar_ficha_45814)

ID: 01300

Tipo: Póster

Área temática: Urgencias oncológicas

## **REACCIONES MUCOCUTÁNEAS GRAVES DE LA CAPECITABINA**

Ilenia Cascallana Huerga, Jose María Palanca de la Varga, María Teresa Puente Martínez, María Asunción Rodríguez García, Alicia Prieto Manga, Camino Gutiérrez Hernández

1) Hospital de Día de Oncología y Hematología del Complejo Asistencial Universitario de León.

### **INTRODUCCIÓN**

Capecitabina es un carbamato de fluoropirimidina no citotóxico que actúa como un precursor administrado por vía oral de la porción citotóxica 5-fluorouracil (5-FU). Está indicado en cáncer de colon, colorrectal, gástrico y mama en monoterapia o en combinación según el tipo y estadio de la enfermedad.

### **OBJETIVOS**

Identificar las reacciones cutáneas graves de la capecitabina  
Educar al paciente para que reconozca de forma temprana los síntomas de reacciones cutáneas graves

### **METODOLOGÍA**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: PubMed, Google Académico, Medline. Para la elección de las Palabras Clave (PC) se consultaron los tesauros DeCS y MeSH y los términos utilizados para la búsqueda fueron: toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, drug toxicity, skin diseases y capecitabine.

### **DISCUSIÓN**

Los efectos tóxicos de la capecitabina que limitan la dosis incluyen diarrea, dolor abdominal, náuseas, estomatitis y el síndrome mano-pie (reacción cutánea mano-pie, eritrodisestesia palmo-plantar). La mayoría de las reacciones adversas son reversibles y no requieren la interrupción perma-

nente del tratamiento, aunque puede ser necesario suspender o reducir las dosis.

La capecitabina puede inducir reacciones cutáneas graves como el síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. Debe interrumpirse el tratamiento con capecitabina en los pacientes que sufran una reacción cutánea grave durante el tratamiento.

### **RESULTADOS**

El Síndrome de Steven-Johnson (SSJ) y Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET), son unas reacciones de hipersensibilidad mucocutáneas muy raras, agudas y graves que se caracterizan por la aparición de máculas eritematosas, violáceas y dolorosas, con forma irregular y diferente tamaño, que progresan a ampollas. Comienzan a aparecer en la membrana mucosa (boca, labios...) hasta extenderse de forma generalizada con una pérdida de recubrimiento epitelial. Sobre las zonas lesionadas, la fricción suave provoca desprendimiento de la piel. Cuando el proceso lesional alcanza su mayor gravedad, se aprecian zonas extensas de epidermis necrótica. Pueden comprometer el tubo digestivo, la tráquea, los bronquios, el tracto urinario y las conjuntivas. Está asociada a una importante morbi-mortalidad y puede reducirse suspendiendo la medicación en la sospecha de fase temprana.

### **CONCLUSIONES**

Durante el tratamiento con Capecitabina se han notificado con una frecuencia muy rara, casos de reacciones cutáneas graves como Síndrome de Steven-Johnson (SSJ) y Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET). Los profesionales sanitarios deben permanecer alerta respecto a estas reacciones y deberán interrumpir el tratamiento con capecitabina inmediatamente y de forma permanente, en el caso de que ocurriesen.



ID: 01301

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **LA TOMA DE DECISIÓN Y PREFERENCIAS ENTRE LOS PROFESIONALES SOBRE LA INDICACIÓN DE CATÉTERES PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Ma Ángeles Benito Yagüe, Carmen Garzón Serrano, Lidia Raventos Cuyas, Ma Antonia Serra Barril

Instituto Catalán De Oncologia (ICO Hospitalet)  
Hospital Duran I Reynals

### **INTRODUCCIÓN:**

La gran complejidad de tratamientos venosos Oncohematológicos presenta un riesgo de complicaciones como flebitis, extravasaciones y agotamiento del capital venoso que pueden dificultar la administración del tratamiento y disminuir la calidad de vida (CV) del paciente. La indicación de catéter ha sido liderada por enfermeras, incluyendo los centrales (CVC) pero las decisiones son variables y dispares. En 2016 nuestro centro constituye el grupo multidisciplinar para consensuar procedimiento y en 2017 se difunde entre profesionales.

### **OBJETIVOS:**

**General:** Describir el grado de implementación del procedimiento de CVC entre profesionales médicos y enfermeros en un centro oncológico en 2 años 2016-2018

**Específicos:** (1) Definir prevalencia y tipo de catéteres colocados. (2) Valorar cumplimiento del procedimiento entre diferentes profesionales. (3) Conocer adhesión al protocolo entre profesionales oncólogos y enfermeras

### **METODODOLOGÍA:**

Estudio observacional, descriptivo y transversal retrospectivo. Recogida de datos de historia clínica informatizada. **Muestra:** Médicos oncólogos, hematólogos, paliativistas y enfermeras que deciden sobre catéteres.

**Variables** organizativos, factores profesionales y del paciente como: Tipo de enfermedad, tratamiento y duración, capital venoso, preferencias, capacidad de cuidado del paciente y familia. **Instrumento:** Cuestionario con 11 ítems midiendo opiniones, preferencias y decisiones profesionales.

### **RESULTADOS:**

Total: 3238 CVC en reservorios y PICCS. 733 (2016), 591 (2017) y 914 (2018) (incrementos 19,37% y 54,60% respectivamente). Correctamente colocados en hospital de día 60,05% y en hospitalización 74,07%. Del universo de 154 profesionales, 57,14% responde al cuestionario. Media Edad: 41,93 años (23-60), médicos 31,81% y 68,18% enfermeras, experiencia profesional de 14,07 años en médicos y 18 años en enfermeras. 88,6% define conocer la indicación que proviene en un 62,5% del procedimiento. Como complicación más frecuente valoran un 88,4% la flebitis, extravasación, agotamiento del capital venoso y dolor. 100% considera necesario valorar las características del medicamento, seguridad, preservar capital venoso y aumentar la CV. Desconocen circuito de solicitud 35,7% médicos y 13,1% enfermeras. Un 80% indican que es actividad enfermera, el 96% el riesgo-beneficio justifica su colocación aunque 57% piensa que no siempre se indica correctamente.

### **DISCUSIÓN:**

Es fundamental el rol enfermero en la indicación de CVC. El número de profesionales que conocen el procedimiento es alto aunque es necesaria más difusión del circuito de decisión, reportar estos resultados y sensibilizar a profesionales.

### **CONCLUSIONES:**

El número de CVC ha aumentado desde implantación del procedimiento, todavía necesario mejorar la correcta indicación de catéter. Más elevada la adhesión en el colectivo enfermero.



ID: 01302

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **LA ADHESIÓN EN LAS MEDIDAS DE CRIBADO EN PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO Y LA RELACIÓN CON LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

Melinda Gonzalez Concepción<sup>1</sup>, Tomas Blasco Blasco<sup>3</sup>, Ignacio Blanco Guillermo<sup>2</sup>

1) Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa 2) Hospital Germans Trias i Pujol 3) Universitat Autònoma Barcelona

### **INTRODUCCIÓN**

El consejo genético (CG) en predisposición hereditaria al cáncer es un proceso de comunicación no directiva que tiene como finalidad atender a las necesidades e inquietudes de los pacientes y familiares con sospecha de predisposición hereditaria al cáncer.

### **OBJETIVOS**

Describir las pautas de adhesión a los procesos de control médico derivados de la pertenencia a una situación de CG en una muestra de pacientes en situación de CG para cáncer de mama y ovario hereditario (CMOH), y sus consecuencias con el Bienestar Psicológico.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo correlacional transversal. Participantes: Mujeres portadoras de genes de alta penetrancia para cáncer de mama y ovario hereditario (BRCA1/2), durante los meses de Julio 2012 a Mayo del 2014 que siguen control en el programa de Cáncer Hereditario del Instituto Català Oncología. Un total de 176 mujeres. Para la valoración adhesión se realizaron 3 preguntas *ad hoc* a partir recomendaciones oncogénicas, se utilizó la escala de Bienestar Psicológico (BP)

de Ryff, validada en población española por Díaz et al., (2006).

### **RESULTADOS**

En cuanto a *Autoexploración mamaria* el 58.6% de las pacientes no hace un seguimiento correcto (ya sea por hipervigilancia o hipovigilancia). En cuanto al seguimiento en controles mamográficos, el 51.4% de las pacientes hacen el seguimiento correcto.

Al analizar la relación entre la *Autoexploración mamaria* y las dimensiones del *Bienestar Psicológico*, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún caso; lo mismo sucede con controles mamográficos

En cuanto al seguimiento por RMN, el 51.4% de las pacientes hace el seguimiento correcto. Se encuentra relación en la dimensión *Autonomía y Propósito en la vida*.

### **DISCUSIÓN**

La literatura reporta que existen protocolos de tratamiento médico bien definidos y estructurados que permiten una vigilancia de las pacientes portadoras y que estos son comprensibles para ellas (Kelly et al., 2015; Plon et al., 2011; Ringwald et al., 2016; Robson et al., 2015) con el objetivo final de que las pacientes dispongan de estrategias para manejar la situación sin incertidumbre (Ringwald et al., 2016). Una posible explicación es que las pacientes no acaben de entender los protocolos o bien que existen otras variables de personalidad las que estén modulando este aspecto, como un estilo de afrontamiento pasivo o una elevada percepción del riesgo (Den Heijer et al., 2013; Gopie et al., 2012).

### **CONCLUSIONES**

Nuestra población, aproximadamente el 50% de las pacientes no se adhieren a las medidas de seguimiento propuestas.

ID: 01303

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **GRADO DE BURNOUT DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS SERVICIOS DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE**

Isabel Tuñón Cabeza, M<sup>a</sup> Nieves Cascallana Gallastegui, M<sup>a</sup> Teresa De las Heras Mayoral, M<sup>a</sup> Dolores Pérez Cárdenas, Sara Sánchez Castro

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID)  
SERVICIO HOSPITAL DE DÍA ONCOLOGÍA  
MEDICA

### **INTRODUCCIÓN**

Cristina Maslach definió el síndrome de burnout como: "*Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas*". Algunos estudios indican, que el grado de burnout es elevado en las unidades de oncología. Por este motivo es necesario evaluar el riesgo psicosocial de estos profesionales.

### **OBJETIVOS**

GENERAL: Conocer la existencia del síndrome de burnout de los profesionales de los Servicios de Oncología del Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid.

ESPECÍFICOS: Examinar la existencia de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en los profesionales.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal. Población N=107. Se marcan criterios de selección. Recogida de datos: Cuestionario sociodemográfico y Burnout de Maslach validado. Análisis de datos con paquete estadístico.

### **RESULTADOS**

El índice de respuesta fue del 71% encontrando que el grado de burnout de los profesionales de los servicios de

oncología fue alto tanto en agotamiento emocional como en despersonalización, así como una baja realización personal. Resaltamos que el personal técnico de radioterapia obtuvo puntuaciones altas tanto para el agotamiento personal como para la despersonalización, sin embargo presentan una alta realización personal. De la población el 76% eran mujeres, siendo el 46,43% enfermeras y 32,14% TCAEs, edad media fue 44,78 años, en cuanto a convivencia el 39,29% convive en pareja con hijos. La media de tiempo trabajado en oncología 11,10 años. Siendo el 62,5% personal fijo. Sobresale que el 17,86% necesitó baja por motivos laborales.

### **DISCUSIÓN**

Los resultados encontrados coinciden con la revisión bibliográfica realizada puesto que los profesionales sanitarios que atienden a pacientes oncológicos presentan uno de los niveles más elevados de burnout.

### **CONCLUSIONES**

1. Los profesionales que atienden a pacientes oncológicos presentan alto grado de Burnout
2. El personal técnico tiene una alta realización personal.
3. A pesar de no ser muy elevada la media de tiempo trabajado en oncología el grado de burnout es elevado en todas las unidades lo que puede ser debido al tipo de paciente tal y como se refleja en la bibliografía consultada.
4. Será necesario indagar más sobre las posibles causas de este elevado grado de burnout y tomar medidas desde una perspectiva integral que implique a la organización y al servicio de riesgos laborales para disminuir este importante riesgo psicosocial, que afecta a la salud de los trabajadores.

ID: 01304  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA DE GANDÍA**

M<sup>a</sup> Asunción Fuster Peiró

Hospital Francesc de Borja de Gandía. Valencia.  
e-mail: [vic.mar2000@hotmail.es](mailto:vic.mar2000@hotmail.es)

### **INTRODUCCIÓN**

El principal indicador de calidad a la hora de valorar los resultados del proceso de atención al usuario es su grado de satisfacción. El cuestionario SERVQHOS ha sido diseñado pensando en el medio hospitalario de nuestro país para evaluar dicha satisfacción, utilizándose en Servicios de Medicina Interna, Hemodiálisis, Oncología o Cirugía. Sin embargo, hasta donde llega nuestro conocimiento no hemos encontrado ningún estudio realizado en un Servicio de Hospital de Día.

### **OBJETIVOS**

El objetivo principal es evaluar el grado de satisfacción percibido por las personas usuarias del Hospital de Día de nuestro hospital, para lo cual se requiere: determinar el grado de satisfacción de los pacientes; estudiar si hay diferencias en función de las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, estudios y ocupación) o clínicas (diagnóstico, tratamiento y acceso vascular); detectar áreas de mejora para establecer estrategias en función de los ítems peor valorados y proporcionar valores basales de satisfacción como referente de próximos estudios.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal desde Abril a Julio de 2017, entregando encuesta autoadministrada, anónima y voluntaria, tras firmar consentimiento informado. El instrumento de medida fue el cuestionario

SERVQUOS modificado para poder utilizarlo en Hospital de Día. Se procedió a un análisis descriptivo del nivel de satisfacción global, se describieron los factores o indicadores mejor y peor evaluados y se analizó mediante análisis bivariante (Ji cuadrado) el nivel de satisfacción global respecto a las variables sociodemográficas y características clínicas. Se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS v. 22.

### **RESULTADOS**

Se proporcionó el cuestionario a un total de 107 usuarios, de ellos, respondieron 103, tasa de respuesta del 96,26%. En nuestro trabajo hemos obtenido un nivel de satisfacción global muy alto, un 87,4% "muy satisfechos" y un 11,7% "satisfechos". Los ítems mejor valorados son los referentes a Personal, Servicio y por último Funcionamiento. Dos de los resultados a mejorar fueron: la información que reciben los pacientes y el tiempo de espera y la puntualidad de las sesiones.

### **CONCLUSIONES**

Los resultados en cuanto a la información recibida por los profesionales de enfermería, según este estudio, deben perfeccionarse. Para alcanzar el máximo nivel de cuidados se propuso iniciar la Consulta de Enfermería Oncológica en Febrero de 2018, atendiendo en un año a más de 200 pacientes en su primer día de tratamiento. Nuestra profesión tiene un papel clave para asesorar y disminuir la ansiedad ante el nuevo proceso. Asimismo, los tiempos de espera serían mejorables, una comunicación fluida con el equipo y demás servicios implicados en el proceso pensamos que es la clave para su mejora.

ID: 01305

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **ROL DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA Y CUIDADO DEL ENFERMO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO: CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES**

Raquel Maria Legido Diaz<sup>1</sup>, Gemma Soler González<sup>1</sup>, Ferran Losa Gaspa<sup>2</sup>

1) INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA - DURAN I REYNALS 2) INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA - MOISSÈS BROGGI

e-mail: [rlegido@iconcologia.net](mailto:rlegido@iconcologia.net)

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer de origen desconocido (COD) es un grupo heterogéneo de tumores que debutan con metástasis y tras estudio diagnóstico dirigido, no se identifica el tumor primario. Representa el 2-9 % de los cánceres una supervivencia global a 1 año, < al 25 % y a los 5 años < al 10%.

Los pacientes con COD, han pasado por una amplia batería de pruebas, estudios histológicos y moleculares complejos, presentan mucha sintomatología y en el mejor de los casos, se enfrentan a un tratamiento oncoespecífico con posible toxicidad asociada y pronóstico infausto.

### **OBJETIVOS**

- Describir características y necesidades del paciente con COD.
- Describir el rol de la enfermera con el paciente diagnosticado de COD.

### **METODOLOGÍA**

Estudio observacional, descriptivo, realizado en paciente diagnosticado de COD de junio 2016 a diciembre 2018. Recogida de datos mediante registro de casos tratados y presentados en comité de la unidad. Variables sociodemográficas, clínico-patológicas. En cuanto a necesidades

del paciente: físicas, psicológicas y sociales.

### **DISCUSIÓN**

Una visión general de las características de estos pacientes permitirá identificar las necesidades más relevantes. Los resultados coinciden con otros estudios publicados que subrayan el rol enfermero como soporte incondicional al paciente/familia, en todo el proceso, abordando aspectos físicos como psico-sociales, en concordancia con el estudio de Symons y de Boyland.

### **RESULTADOS**

De 66 pacientes recogidos, se excluyen 9 por localización del primario. El 68% son hombres, frente al 32 % que son mujeres. La media de edad: 64.3 años (19-85). Tipo histológico: 46.5% adenocarcinomas, 39.6% carcinomas y 8 % varias histologías. La mediana de supervivencia es de 6 meses desde la fecha del diagnóstico anatómico-patológico (0,5-33).

El número medio de pruebas para el diagnóstico por paciente es 7, algunos incluso precisaron más de 4 técnicas invasivas. 93.8% tiene estudios inmuno-histoquímicos complejos y 62.5% estudios biomoleculares.

El 54.4 % precisaron derivaciones a otros servicios como cuidados paliativos, psicooncólogo, nutrición y trabajo social.

### **CONCLUSIONES**

El COD es una enfermedad grave y compleja con un gran impacto físico y psicológico, tanto para el enfermo como para su familia. El rol de la enfermera de práctica avanzada en los cuidados de este grupo de pacientes, es clave para asegurar un cuidado integral durante todo el proceso de la enfermedad.

ID: 01307

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **IMPACTO EMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS/AS ONCOLÓGICOS Y FAMILIARES. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA CUIDAR JUGANDO**

Laura Hernández Castro, Judith Abelló Lahuerta, Estefanía Cámara Morales, Nerea Parodi Piña, Esther Díaz Romero

HOSPITAL VALL D'HEBRON

### **INTRODUCCIÓN:**

La hospitalización para los niños y sus familias puede ser una experiencia estresante y amenazante, provocando miedo, ansiedad y sentimientos de incertidumbre. En algunos hospitales, el juego se garantiza a través de profesionales Child Life, que se encargan de la atención emocional de los niños/as ingresados. Varios estudios muestran resultados positivos de los programas Child Life ante situaciones angustiantes, donde los niños/as permanecen con un mejor afrontamiento durante el ingreso, mejor recuperación física, así como mejor comprensión de los procedimientos y adherencia terapéutica.

### **OBJETIVOS:**

Generar cambios en la práctica clínica en la atención emocional en niños/as ingresados en la Unidad de Oncología y Hematología pediátrica del Hospital Vall d'Hebron, a través del diseño e implementación del programa Cuidar Jugando, basado en intervenciones Child Life.

### **MÉTODOS:**

**Diseño:** Uso de metodología mixta. Se utilizará metodología cualitativa a través de investigación acción participativa dividida en tres fases. Para un objetivo específico, se utilizará metodología cuantitativa.

**Muestra:** La población de estudio serán niños de 6-11 años diagnosticados de alguna enfermedad oncológica o hematológica hace menos de un año e ingresados en el Hospital Vall d'Hebron, sus padres y profesionales sanitarios que trabajan en el servicio. Quedarán excluidos sujetos con barrera idiomática, alteraciones cognitivas, problemas auditivos y problemas del habla graves. También profesionales sanitarios que trabajen ocasionalmente en la unidad o que no quieran colaborar en el estudio. Se utilizará un muestreo teórico de variación máxima. **Recogida de la información:** Se realizarán entrevistas semiestructuradas en profundidad a los niños/as y sus padres, grupos focales a profesionales sanitarios, observación no participante y diario de campo, antes y después de la implementación del programa Cuidar Jugando. **Análisis de datos:** Se realizará un análisis del contenido de forma sistemática y ordenada. Se categorizarán y codificarán las entrevistas, grupos focales, la observación y el diario de campo. Habrá un análisis de los datos cuantitativos obtenidos. Tendrá una duración aproximada de 2 años.

### **RESULTADOS:**

Este estudio se llevará a cabo en septiembre por lo que por el momento no existen hallazgos. Se pretende encontrar respuesta a los objetivos planteados.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Se podrán explorar vivencias y aspectos emocionales de los sujetos, así como mejorar la atención y educación sanitaria, siendo éstas adaptadas a sus necesidades, mejorando así la calidad de vida. Con la implementación del programa Cuidar Jugando, se podrán valorar los beneficios respecto a la reducción del miedo y ansiedad, principales emociones de los niños/as en este servicio.



ID: 01308  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

### **COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES RELACIONADAS CON LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES EN HOSPITAL DE DÍA**

Lidia Raventós Cuyas, M<sup>a</sup> Ángeles Benito Yagüe, Carmen Garzón Serrano, M<sup>a</sup> Antonia Serra Barril

INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA

#### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes onco-hematológicos, según el tipo de fármaco y la duración del tratamiento, son candidatos a la colocación de catéter venoso central (CVC), tipo PICC o Reservorio para conservar la integridad del capital venoso, prevenir complicaciones y facilitar tratamientos. El aumento y uso de CVC también puede generar complicaciones.

En grupo de trabajo multidisciplinar se definieron estrategias de actuación y guías de trabajo como protocolo de infección y trombosis relacionada con CVC.

#### **OBJETIVOS:**

General: Evaluar número y tipo de complicaciones más prevalentes relacionadas con los catéteres venosos centrales.

Específicos:

- Definir el número de complicaciones relacionadas con los tipos de catéteres entre 2016 y 2018.
- Describir que actuación precisaron estas complicaciones presentes.

#### **METODOLOGÍA**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, explotación de datos revisados en historia clínica en periodo 2016-2018 en pacientes oncohematológicos en hospital de día.

Inclusión: CVC colocado en adulto para tratamientos oncohematológicos, que presenten alguna complicación en el tiempo implantado del

catéter. Variables: tipo de catéter, complicaciones más frecuentes y actuación requerida.

#### **DISCUSIÓN**

Para hacer frente a las infecciones, sospechas de infección, trombosis y sospechas de trombosis se crearon protocolos multidisciplinares para ofrecer una mejor calidad de los cuidados en estas complicaciones.

#### **RESULTADOS**

De 2016 a 2018 se colocaron 2278 CVC: 1014 PICC y 1264 reservorios. Mantenidos prevalentes en 3 años 1103 PICC y 2316 reservorios. Media de 91,4 días en PICC y 1209 días en reservorios.

Complicación más incidente en PICC, la infección o sospecha 9,3%, salida accidental 5,8%, trombosis 2,5%, no permeabilidad 1,9%, dermatitis 1,7% y migración en 1,3%. En reservorios: La infección o sospecha 1,7%, no permeabilidad 0,99%, migración 0,47%, trombosis 0,43% y portal girado 0,3%. Un total de 244 PICC (22,12%) y 122 reservorios (5,26%) hicieron alguna complicación y se retiraron 207(18,7%) PICC y 88(3,79%) reservorios.

Entre los retirados por infección o sospecha de infección, el 65,5% de PICC y 39,7% de reservorios el cultivo fue negativo. Tasa de bacteriemia 0,106 en PICCS y 0,035 en reservorios/1000días de catéter.

#### **CONCLUSIÓN**

Las infecciones y/o sospecha representan la complicación más prevalente tanto en PICCS como reservorios pero las tasas de bacteriemia son bajas. Destacar un elevado número de catéteres retirados por infección, pero con cultivo negativo. Destaca una elevada incidencia de retirada o salida accidental en PICCS.



ID: 01309

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **REACCIONES ADVERSAS A ANTI-NEOPLÁSICOS EN UN HOSPITAL DE DÍA**

E Serna Fernández, A Benito Yagüe, C Garzón Serrano, S Márquez Silgo, S Zayas Pintado

Instituto Catalán de Oncología

### **INTRODUCCIÓN**

Las nuevas líneas de tratamiento farmacológico en Oncología, han originado un aumento de los tratamientos y un mayor número de reacciones de hipersensibilidad (RHS) a los agentes antineoplásicos. En algunos casos, ello ha contribuido a discontinuar una línea terapéutica por riesgo a reacción grave o compromiso vital. En 2013 se creó en Hospital de Día del ICO Hospitalet, una unidad específica, iniciando protocolos de desensibilización para pacientes que han sufrido una RHS.

### **OBJETIVOS**

GENERAL: Describir prevalencia de las RHS causadas por agentes antineoplásicos y tipo de reacciones ocurridas (2016-2018). ESPECÍFICOS: (1) Definir grado de reacción. (2) Describir ciclo de ocurrencia. (3) Valorar prevalencia de patología más frecuente.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal y retrospectivo. N= 497 reacciones a fármacos antineoplásicos en pacientes con enfermedades oncohematológicas tratados en el Hospital de Día en 3 años: 2016-2018. Variables relacionadas con sexo, patología, fármaco, grado y ciclo de ocurrencia. Recogida de datos de la historia clínica informatizada del centro y búsqueda manual.

### **RESULTADOS**

Período 2016-2018: 497 pacientes presentaron una RHS. Por género, las mujeres presentaron más reacciones que los hombres, 56.53% y 42.85% respectivamente. Por grado de la reacción, 2.41% fueron graves, 36.01% moderadas y 61.56% leves. Por ciclo de ocurrencia, 41.44% sucedieron en primer ciclo, 17.90% en segundo ciclo y 40.80% en tercer o posteriores ciclos. En cuanto al tipo de fármaco. En 2016: Oxaliplatino (26.5%), Rituximab (21.3%), Paclitaxel (12.3%), Docetaxel (8.09%) y Carboplatino (5.20%). En 2017, Rituximab (23.9%), Oxaliplatino (23.39%), Carboplatino (14.03%), Paclitaxel (7.01%) y Docetaxel (6.43%). En 2018, Rituximab (18.95%), Oxaliplatino (15.68%) y Paclitaxel (8.49%), Carboplatino e Irinotecan (ambos 7.18%). Según patología: En 2016, la neoplasia de colon presentó mayor número de RHS seguida de patología linfóide y neoplasia de pulmón. En 2017, la patología linfóide presentó mayor número de RHS seguida de neoplasia de colon, ovario y pulmón. En 2018, la patología linfóide presentó mayor número de RHS seguida de neoplasia de colon y mama.

### **DISCUSIÓN**

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la administración de citostáticos y anticuerpos pero también en la prevención, detección y manejo de las RHS.

### **CONCLUSIÓN**

Este estudio ha permitido conocer los fármacos que mayor número de RHS han desencadenado en nuestro centro y las características, permitieron mejorar y activar acciones preventivas enfermeras frente a los pacientes con más riesgo.

ID: 01311

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE EFECTOS ADVERSOS INMUNO-RELACIONADOS**

Ana Soria Verdugo, David González Bravo, Diego Malón Giménez, Marta Romo Garzón, Inmaculada Romero Cerezal, Jaime Martín Moreno

Hospital Universitario de Fuenlabrada

### **INTRODUCCIÓN**

La revista Science designó a la "inmunoterapia del cáncer" como la Revelación del Año 2013 en reconocimiento a los progresos logrados en esa área. El Premio Nobel de medicina 2018 recayó sobre los "precursores de la inmu-noterapia".

Estamos ante una terapia contra el cáncer que ha llegado para quedarse, con un perfil de toxicidad ya conocido y en la que la mayoría de los efectos secundarios relacionados son fácilmente reversibles con un manejo específico; pero, que evolucionan rápidamente llegando, incluso, a poner en riesgo la vida de los pacientes.

### **OBJETIVOS**

- Monitorización de efectos adversos inmunorrelacionados
- Training a profesionales para identificar y manejar efectos adversos inmunorrelacionados
- Identificación de pacientes tratados con inmunoterapia

### **MÉTODO**

En el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) se han realizado sesiones por distintos servicios a los equipos de enfermería de urgencias, hospital de día y hospitalización oncológica para dar a conocer la

importancia del papel de enfermería en la identificación y manejo de los efectos adversos inmunorrelacionados; así como, para que conozcan los sistemas de monitorización de estos efectos secundarios en forma de formularios creados para realizar un adecuado seguimiento de estos pacientes.

### **RESULTADOS**

Elaboración de un Formulario de seguimiento de pacientes en tratamiento con inmunoterapia.

Se ha realizado una sesión general y seis sesiones por distintos servicios del HUF como training a enfermeras.

Creación de identificadores para pacientes tratados con inmunoterapia, tanto informáticos como físicos.

### **DISCUSIÓN**

Los pacientes que se tratan en consultas o en hospitales de día acudirán al servicio de urgencias si presentan algún efecto secundario durante la noche o los fines de semana; y, en muchas ocasiones serán las enfermeras del triaje las que valorarán por primera vez al paciente cuando presente efectos secundarios inmunorrelacionados.

Estas enfermeras deben estar informadas de la importancia de su actuación y, no deberían encontrarse con pacientes tratados con fármacos que ellas desconocen.

### **CONCLUSIONES**

Dotar a las enfermeras de los roles que les corresponden como identificadoras de problemas en el contexto del uso de nuevas terapias biológicas, aumentará exponencialmente la calidad y seguridad percibida por el paciente y su familia. Paralelamente, conseguirá una detección temprana de los efectos adversos favoreciendo una intervención precoz sobre éstos y, su posterior resolución.

ID: 01312  
Tipo: Póster  
Área temática: Roles de la enfermería oncológica

### **VISITAS DE SEGUIMIENTO COMPARTIDO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN**

Mireia Manzano Castro, Lidia Garrote Moliner, Sandra Cabrera Jaime

Instituto Catalán de Oncología

#### **INTRODUCCIÓN**

En abril del 2018 se implementó el procedimiento de visita de seguimiento compartido (oncología-enfermería) durante el tratamiento de quimioterapia.

Los criterios de inclusión son: Paciente afecto de cáncer de pulmón, con un buen PS (0-1) en tratamiento con Inmunoterapia, a partir del 8º ciclo de tratamiento, realizando vi-sitas alternas cada 14 días Enfermería-Oncología y quimioterapia esquema Carboplatino/Paclitaxel semanal, concomitante con Radioterapia, realizando enfermería las visitas en la 2ª y 4ª semana del tratamiento. Enfermería valora la toxicidad y parámetros clínicos (hemograma y bioquímica) para validación médica del tratamiento.

#### **OBJETIVOS**

Evaluar la efectividad del seguimiento compartido evitando duplicidades de visitas y seguridad del paciente. Promocionar rol autónomo enfermera gestora de casos.

#### **METODOLOGIA**

Estudio descriptivo transversal, en la consulta de enfermería de hospital de día oncohematológico del Institut Català d'Oncologia, Badalona, desde mayo a diciembre del 2018, en pacientes que reciben tratamiento diagnosticados de cáncer de pulmón. Variables: sexo, patología, tratamiento, tipo de visita.

Desarrollo: Obtención de datos secundarios mediante registros clínicos.

#### **RESULTADOS**

Muestra de 29 pacientes, que generaron 113 visitas. El 96% fueron hombres y el 4% mujeres. El 84,95% fueron visitas de 23 pacientes con tratamiento de inmunoterapia, de las cuales en el 2,08% se detectó tratamiento pautado antes de tiempo, por lo que se pospuso a fecha correcta. El 1,04% de las visitas se retrasó una semana por insuficiencia respiratoria de vías bajas, derivándose a Unidad de Atención Continuada Oncológica. Enfermería realizó el control previo a la administración del fármaco a la semana siguiente.

El 15,04% fueron visitas de 6 pacientes que realizaban tratamiento de quimioterapia concomitante con radioterapia. El 5,88% de las visitas se anuló por neutropenia grado 3 y un 5,88% por plaquetopenia grado 1. El 13,79% de los pacientes visitados presentaban inadecuado acceso venoso y enfermería gestionó la colocación de catéter venoso central. El 100% de los pacientes se administró el tratamiento a la hora prevista.

#### **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

Las visitas compartidas han beneficiado al paciente oncológico disminuyendo el tiempo de espera, agilizando la validación y disminuyendo los retrasos en la administración de los tratamientos. Reforzando la educación sanitaria respecto al manejo de toxicidades, medicación concomitante y favoreciendo la autonomía del paciente.

Se han agilizado las colocaciones de CVC en pacientes candidatos. Enfermería ha ofrecido una mayor accesibilidad al paciente durante su proceso terapéutico para poder resolver dudas o cualquier contra-tiempo contribuyendo a su tranquilidad y seguridad.

ID: 01313

Tipo: Póster

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **CONSULTA DE ENFERMERIA ONCOLÓGICA, ¿EN QUÉ LE PUEDO AYUDAR?**

Maria Natividad Aparicio Iglesias, Nieves Domínguez Fernández, María Elena Sánchez Ferreiro, Maite Simón Casado, Miren Itxaso Barrenechea Esparza

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

### **INTRODUCCIÓN**

El enfermo de cáncer es, por las características de la enfermedad y la complejidad de su tratamiento, demandante de una gran cantidad de recursos asistenciales y de información. En Septiembre de 2011, en el Hospital Universitario de Basurto se crea la consulta de enfermería oncológica para dar respuesta a las necesidades que presenta el paciente desde su diagnóstico y como punto de apoyo y referencia durante su enfermedad, ofreciendo asistencia telefónica y presencial. Debido al aumento de la carga de trabajo se amplió en 2017 una segunda consulta.

### **OBJETIVOS**

1. Ofrecer al paciente un cuidado integral e individualizado, resolviendo dudas sobre tratamientos, citas, manejo de la enfermedad e informando sobre los estilos de vida más recomendados.
2. Fomentar su autonomía, al poder ser un proceso prolongado con cronicidad en el tiempo.
3. Reducir la ansiedad de pacientes y el número de visitas a urgencias.
4. Favorecer la comunicación interprofesional.

### **MÉTODO**

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todas las consultas telefónicas y presen-

ciales realizadas durante 2018 que nos permite recoger información sobre dudas y problemas que les surgen, así como la evolución de dicha consulta desde su inicio.

### **RESULTADOS**

En 2018 se realizaron 8963 consultas, 65,70% telefónicas y 34,29 % presenciales. Observamos que el día de la semana que se reciben más consultas es lunes y el mes Octubre. Los motivos más consultados por orden de prevalencia son:

1. Resolución citas: falta de pruebas, estado clínico, etc.
2. Dudas sobre medicación.
3. Asesoramiento sobre pruebas analíticas y radiológicas.
4. Consulta por otros procesos clínicos (catarros, ascitis...)
5. Información por el paciente sobre ingresos, estancias en urgencias, asistencia a atención primaria, odontólogo...
6. Controles clínicos y analíticos por enfermería.
7. Control de toxicidad.
8. Manejo del dolor.
9. Valoración Geriátrica Integral.
10. Petición de informes.
11. Primeras consultas.
12. Otros.

### **DISCUSIÓN**

Disponer de un profesional de enfermería de referencia para el seguimiento de manera presencial o telefónica mejora la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familias. Los pacientes reciben una atención más cercana y personalizada, al ser el eslabón entre los pacientes y el resto de los profesionales, participando y colaborando en la coordinación y gestión de los planes terapéuticos.

### **CONCLUSIÓN**

Basándonos en los resultados se objetiva un aumento de la demanda en la consulta de enfermería oncológica.

ID: 01314

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **¿QUÉ PARTE DEL FÁRMACO NOS LLEVAMOS LAS ENFERMERAS QUE ADMINISTRAMOS CITOSTÁTICOS?**

Mertixell Cortés Fernández, Raquel Tejada Musté

XARXA SANITARIA I SOCIAL DE SANTA TECLA

### **INTRODUCCIÓN**

La proliferación cada vez mayor de casos de cáncer, ha contribuido a un aumento considerable del número y tipo de fármacos citostáticos utilizados para su tratamiento. Esto conlleva un aumento en la preparación, administración y exposición laboral a los mismos por parte de las enfermeras oncológicas.

Los fármacos citostáticos suponen un riesgo para la salud de las enfermeras que los manipulan tras una exposición crónica, aunque sea en pequeñas cantidades, ya que producen aerosoles, pudiendo causar daño a corto plazo o generando una enfermedad profesional al cabo de los años.

### **OBJETIVO**

Conocer la posible relación entre algunas patologías desarrolladas por enfermeras oncológicas, y la manipulación de fármacos citostáticos durante su vida laboral, así como revisar los protocolos de vigilancia de salud y las medidas preventivas para evitar la exposición.

### **MÉTODO**

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica (bases de datos, páginas web relacionadas con el tema, guías de práctica clínica y 60 artículos científicos), que muestra lo que se detalla a continuación.

### **RESULTADOS**

Muchos organismos oficiales han elaborado documentos de clasificación de fármacos citotóxicos en función del daño que producen a personas que los manipulan, demostrando que pueden causar efectos agudos o crónicos, en función de la duración, vía de exposición, concentración y propiedades físicas y químicas de la sustancia.

Según la información obtenida de los estudios consultados, no pueden predecirse con exactitud los posibles efectos de exposiciones crónicas a concentraciones pequeñas, a pesar de que muestran que la exposición continua a largo plazo (acumulativa en el tiempo), aunque sea a dosis bajas, podría aumentar el daño genotóxico del personal expuesto, afectar a la salud reproductiva, aumentar el riesgo de sufrir cáncer, aberraciones cromosómicas y mutaciones del ADN. Estas anomalías son detectables mediante marcadores urinarios y sanguíneos.

### **CONCLUSIÓN**

El hecho de haber comprobado que las medidas de seguridad utilizadas no son suficientes para evitar la exposición, de no haberse establecido niveles "seguros o aceptables" y de observar que los métodos de control ambiental y biológico tienen limitaciones, junto con la inexistencia en la literatura médica de un acuerdo sobre la fiabilidad real de los tests, y de un indicador lo suficientemente sensible y específico, supone que los protocolos de vigilancia de salud específica de las enfermeras expuestas, sean reconocimientos médicos convencionales destinados, únicamente, a detectar riesgos y minimizarlos en la medida de lo posible.



ID: 01316  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR EL PACIENTE ONCOLÓGICO ATENDIDO EN NUESTRA UNIDAD**

Verónica Carrilero Márquez, María Julia Sánchez García, Sonia Ortigosa Roldán, Rocío Cordero Panadero, Laura Hernangómez Martín, Cristina Rodríguez Velasco

Hospital Ramón y Cajal

### **INTRODUCCIÓN**

Es una prioridad en nuestra unidad de Oncología Médica la excelencia en la atención asistencial.

Se nos plantea la duda de en qué forma y grado es percibida por el paciente ingresado, existiendo áreas de mejora que con seguridad no conocemos.

### **OBJETIVOS**

Objetivo Principal: Conocer la percepción de la calidad asistencial de los pacientes ingresados.

Objetivos Secundarios:

- Detectar si existen elementos susceptibles de mejora que nos planteen reestructurar rutinas.
- Definir áreas modificables.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal realizado entre Octubre de 2018 y Marzo de 2019 en un hospital de alta complejidad en la Unidad de Hospitalización de Oncología Médica.

Se realiza una encuesta diseñada *ad hoc* sobre 50 pacientes con 11 preguntas según escasa la valoración tipo Likert y puntuación de 1 a 5, y una pregunta abierta.

Las preguntas recogen información sobre instalaciones, ruido, dieta, cuidados de Enfermería (prontitud, confianza...)

Criterio de inclusión: todos los pacientes ingresados en nuestra

Unidad durante el mes de Febrero. Diferenciamos por sexos.

### **DISCUSIÓN**

Nos planteamos si la calidad asistencial es suficiente desde la perspectiva del usuario y qué podemos mejorar, desde el punto de vista de los pacientes.

### **RESULTADOS**

Los pacientes valoran positivamente las áreas de satisfacción general y confianza para expresar sus sentimientos, en un porcentaje igual o superior al 94%.

Si bien el 92% considera que el personal acude con suficiente celeridad a las llamadas, en el apartado de sugerencias el 26% reclama más personal para atender sus necesidades tanto en la unidad como durante su estancia en el hospital.

Con un porcentaje del 87,5 el ruido nocturno es considerado adecuado aunque el 4% de las sugerencias recomiendan disminuir el volumen tanto diurno como nocturno.

Más del 87,3% de las encuestas consideran adecuadas las instalaciones respecto a sus necesidades.

El 76% de los pacientes considera la dieta de su agrado y el 10% reclama una dieta más personalizada y adaptada a sus gustos.

### **CONCLUSIÓN**

Basándonos en estos datos recogidos, a priori se plantean como áreas de mejora la disminución de los ruidos (establecer rutinas de comunicación) y respecto a las dietas (facilitar nevera común más grande puesto que se permite traer alimentos del domicilio que favorezcan la ingesta oral).

Este tipo de cuestionarios nos aporta la información suficiente para seguir motivando al equipo y mejorar rutinas que se creían acertadas.



ID: 01317

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **ALTAS COMPLEJAS: EL PROCESO ASISTENCIAL EN CINCO PASOS**

María Isabel Rihuete Galve, Ángela Rodríguez Rodríguez, Raúl López Jiménez, Agustina Delgado Gómez, Eduardo José Fernández Rodríguez, Ana Vanessa Maíllo Caballero

Unidad de Hospitalización de Oncología del Hospital Universitario de Salamanca

### **INTRODUCCIÓN**

La planificación y estimación de una fecha de alta en equipo durante los primeros días del ingreso beneficia no solo al paciente, sino que puede tener un valor operacional y estratégico para los profesionales y el centro sanitario porque puede mejorar los planes clínicos y conocer la disponibilidad de sus recursos.

### **OBJETIVOS**

**GENERAL:** identificar en equipo la complejidad del alta para optimizar los recursos y adecuar la estancia hospitalaria.

**ESPECIFICOS:** realizar una valoración interdisciplinar del enfermo y su familia, coordinar las distintas intervenciones, estimar una fecha de alta y utilizar un "check list" previo al alta hospitalaria.

### **MÉTODO**

Diseñamos un estudio observacional prospectivo con muestreo no probabilístico de asignación consecutiva. Se incluyeron los pacientes oncológicos mayores de 18 años ingresados en la Unidad de Oncología y se excluyeron los pacientes no valorados en la primera reunión interdisciplinar. Se retiraron del estudio los pacientes que fallecieron. Las variables fueron el número de

sesiones interdisciplinares, los niveles de complejidad del alta hospitalaria, la estimación de una fecha de alta, la realización del "check list" 48-24 horas antes del alta y el contenido de los ítems del "check list".

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 159 sujetos, 39 cumplieron criterios de retirada La muestra presentaba 57 mujeres y 63 hombres Las altas de 99 pacientes fueron consideradas como complejas. Se consiguió hacer en los tres primeros días del ingreso una estimación de la fecha de alta en un 80,33% de los pacientes, con una desviación de 3,974. El 11% de los pacientes necesitaron la intervención del trabajador social, el 4% necesitó trabajar la funcionalidad para mejorar sus niveles de autonomía con el terapeuta ocupacional. Se comprobó que el paciente conocía su fecha de alta 48-24 horas antes de la misma en el 95% de los casos. Se realizó el "check list" en el 100% de los pacientes. Se entregaron 105 informes de enfermería y se realizó educación sanitaria en el manejo del tratamiento en el 100% de los casos.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Nuestros resultados demuestran que es posible realizar la estandarización del proceso asistencial mediante la identificación de 5 pasos claves: valorar enfermo y familia, complejidad del alta, coordinación, estimación de una fecha de alta en los primeros días y utilización de un "check list 48-24 horas previo al alta, que se traduce en una mejor optimización de los recursos y una adecuación de la estancia hospitalaria.

ID: 01318

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **CORTOS ANIMADOS COMO HERRAMIENTA DE APOYO EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA QUIMIOTERAPIA**

Marta González Fernández-Conde<sup>1</sup>,  
Lourdes Moro Gutierrez<sup>2</sup>

1) Fundación Hospital General Santísima Trinidad 2) Facultad de Psicología Universidad de Salamanca

### **INTRODUCCIÓN**

Ansiedad, miedo e incertidumbre son características comunes en los enfermos que acuden a recibir su primer ciclo de quimioterapia, muy influenciados por las creencias y saberes populares que se tienen sobre la quimioterapia. El papel de enfermería es esencial en este momento. Debe informar, tranquilizar y eliminar estos miedos, aportando una información verídica y asequible sobre las toxicidades que el tratamiento puede producirle.

Basándose en las propiedades didácticas de los vídeos, se planteó la elaboración de unos cortos animados sobre algunos de los efectos secundarios más comunes. Estos cortos han sido realizados por alumnos y profesores del Grado de Comunicación Audiovisual de la Universidad de Salamanca. Se exponen recomendaciones sobre las distintas toxicidades de los tratamientos antineoplásicos, concretamente sobre seis síntomas: alopecia, cansancio, náuseas, diarrea, irritación cutánea y mucositis. Todos son información complementaria a las explicaciones orales y escritas aportadas por el personal de enfermería.

### **OBJETIVOS**

El objetivo principal es ofrecer al paciente información comprensible sobre toxicidades específicas de su tratamiento, utilizando cortos animados como complemento a otras explicaciones.

Otros objetivos son, utilizar la animación para disminuir el temor a los posibles efectos de la quimioterapia, restando la angustia sobreañadida originada el primer día del tratamiento, y obtener una sonrisa del paciente, tras la seriedad y el respeto que implican estas toxicidades.

### **METODOLOGÍA**

Se trata de un proyecto cualitativo que se iniciará en el mes de junio del 2019, en el hospital de día oncológico del Hospital Santísima Trinidad de Salamanca. Se expondrán los cortos correspondientes a las toxicidades propias de cada tratamiento en el primer día del ciclo, de forma individual y acompañado con una explicación verbal y escrita.

### **RESULTADOS**

Los resultados esperados son ofrecer una información visual complementaria, que sea real y asequible, sobre los efectos secundarios; mejor comprensión de la sintomatología asociada a los tratamientos antineoplásicos; disminución de la ansiedad que sufre el paciente el primer día de quimioterapia, y conseguir un clima de confianza que permita sentirse cómodo/a al enfermo/a y en el que pueda expresar sus dudas y temores.

ID: 01319  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UTILIZACIÓN DE YODO 131 EN EL CÁNCER DE TIROIDES DIFERENCIADO**

Jose Maria Palanca de la Varga<sup>1</sup>,  
Patricia Pérez García<sup>1</sup>, Ilenia  
Casallana Huerga<sup>1</sup>, María Teresa  
Puente Martínez<sup>1</sup>, Jorge Arias Llamas<sup>1</sup>,  
Marta García García<sup>1</sup>

1) Hospital de día de Oncología y Hematología.  
Complejo Asistencial Universitario de León. 2)  
Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad  
de León

### **INTRODUCCIÓN**

La glándula tiroides es una pequeña glándula endocrina, normalmente no visible ni palpable situada en la base del cuello cuya función se basa en la síntesis de cantidad de hormona necesaria para completar las necesidades de los tejidos periféricos. Las tumoraciones tiroideas son las neoplasias endocrinas más frecuentes, a pesar de ser un carcinoma infrecuente (menos del 1% del total). En este trabajo, haremos un repaso del funcionamiento de esta glándula, centrándonos en el tratamiento con I-131 para la eliminación de células neoplásicas en el cáncer diferenciado de tiroides.

### **OBJETIVOS**

Destacar el papel de enfermería en la administración de Yodo-131 y asegurar unas condiciones óptimas antes, durante y tras el tratamiento, haciendo de éste un método seguro, eficaz y eficiente.

### **METODOLOGÍA**

Se han revisado diferentes bases de datos entre las que se encuentra: Google académico, Medline, Pubmed, Scielo. Los términos utilizados como palabras clave para la búsqueda fueron: radioyodo, enfermería, carcinoma diferenciado de tiroides, radioprotección. Se seleccionaron un

total de 32 artículos en castellano y en inglés.

### **DISCUSIÓN**

La glándula tiroides, en su papel para atraer y concentrar yodo, no es capaz de diferenciar el yodo endógeno del radiactivo, haciendo que su empleo sea sumamente revelador tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del carcinoma diferenciado de tiroides. Esta terapia precisa de unas precauciones previas, inmediatas y tardías al tratamiento, esenciales para la obtención de la máxima eficacia y la no contaminación radiactiva de personal sanitario, paciente y entorno.

### **RESULTADOS**

El yodo-131 actúa análogamente al yodo endógeno, siendo captado por las células de la glándula tiroides de forma eficaz. A dosis bajas podría detectarnos una recidiva de la neoplasia (diagnóstico), y a dosis altas lograría la ablación total de las células malignas todavía circulantes tras la extirpación quirúrgica de la glándula (tratamiento).

### **CONCLUSIONES**

Una vez administrado el fármaco, hasta que se va eliminando principalmente por la orina, el paciente tratado es considerado emisor de radiación. Tras la terapia es muy importante evitar la contaminación, para permitir el aprovechamiento de la radiación por la tiroides sin que ésta pueda incidir nocivamente sobre los profesionales sanitarios, el paciente y/o su entorno.

Enfermería se encargará de la preparación eficaz del paciente antes del tratamiento, de la administración del radioisótopo y del cuidado del paciente tras la terapia en planta.

ID: 01320  
Tipo: Póster  
Área temática: Miscelánea

## **MÚSICA PARA CONECTAR EMOCIONES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Ilenia Cascallana Huerga<sup>1</sup>, Alba García Casanova<sup>1</sup>, Jose Maria Palanca de la Varga<sup>2</sup>, María Teresa Puente Martínez<sup>1</sup>, Patricia Blanco Andrés<sup>1</sup>, Miriam Soto Iglesias<sup>1</sup>

1) Hospital de Día de Oncología y Hematología del Complejo Asistencial Universitario de León.  
2) Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad de León

### **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad el cáncer es uno de los principales problemas que afronta nuestra sociedad. Nuestros pacientes afrontan una nueva etapa en su vida en la que el cáncer se puede considerar un estresor potente que desencadena respuestas psicológicas y sociales que varían en grado e importancia y que están relacionadas con reacciones emocionales, especialmente la ansiedad.

Los profesionales sanitarios debemos investigar y encargarnos de mitigar en la medida de lo posible, estas consecuencias negativas con el fin de mejorar su calidad de vida.

En el presente trabajo exponemos los resultados de la revisión bibliográfica sobre la utilización de la musicoterapia en el ámbito sanitario, realizada con motivo de la puesta en marcha de un estudio que se está desarrollando en la actualidad en el Hospital de Día de Oncología y Hematología del Complejo Asistencial Universitario de León, sobre los efectos de la musicoterapia en el estado de ánimo de los pacientes que acuden a recibir tratamiento.

### **OBJETIVOS**

1. Mejorar la humanización del servicio.
2. Comprobar los efectos de la musicoterapia en el ámbito hospitalario.

3. Aumentar los conocimientos sobre musicoterapia del personal sanitario.

### **MÉTODO**

Búsquedas bibliográficas utilizando las palabras clave: ansiedad, musicoterapia, historia y beneficios de la musicoterapia, realizadas en Google Académico, Medline, Cochrane, Pubmed, seleccionando los artículos relacionados con nuestro tema de estudio en español y en inglés.

### **RESULTADOS**

La musicoterapia es un término relativamente nuevo en comparación con su uso. Ya en la prehistoria y gracias a pinturas rupestres, conocemos que la música adquirió un carácter importante.

Grandes pensadores como Pitágoras, Aristóteles y Platón realizaron aportaciones interesantes acerca de la naturaleza del sonido y sus efectos sobre las emociones.

Alfonso X el Sabio, rey de Castilla de 1252 a 1284, apoyó el tratamiento musical para enfermedades mentales gracias al influjo andalusí.

En 1976 Serafina Poch, máxima estudiosa de musicoterapia en España, funda la Asociación Española de Musicoterapia y en 1985 se funda la Federación Mundial de Musicoterapia. En 1986 Aitor Loroño crea el centro de investigación de Musicoterapia en Bilbao y es un actual referente sobre esta terapia.

### **CONCLUSIONES**

Gracias a distintos estudios podemos llegar a las conclusiones de que la música reduce la actividad del sistema nervioso simpático, libera endorfinas, disminuye la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria y los niveles séricos de ácido láctico. Además contrarresta los niveles elevados de adrenalina asociados a la ansiedad. Se ha demostrado que disminuye el dolor, inhibe el vómito y modula el apetito y el sueño.

ID: 01321

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **ACTUALIZACIÓN Y SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO CON 177 LUTECIO-OCTREOTATE PARA EL TUMOR NEUROENDOCRINO**

Rosa María Alonso Cuenca, María Dolores Pérez Gómez, Carmen Rodríguez Martín, Oliva Rodríguez Martín, Yolanda García Rivero

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

### **INTRODUCCIÓN**

El radiofármaco 177Lu-DOTATATE está aprobado por la agencia del medicamento como tratamiento para tumores neuroendocrinos. Este fármaco debe ir asociado a un nefroprotector llamado VAMIN. Este tratamiento tiene efectos adversos y necesidades que pueden prevenirse con un plan de cuidados adecuado, con el apoyo y las orientaciones para el AUTOCUIDADO del paciente.

### **OBJETIVOS**

1. Describir el perfil clínico del paciente hospitalizado en tratamiento con 177 Lu
2. Conocer la prevalencia de las necesidades y problemas del paciente durante la hospitalización
3. Describir las necesidades de ayuda y las actividades preventivas para la seguridad del paciente

### **METODOLOGÍA**

Se realizó una búsqueda de la evidencia científica en distintas bases de datos: Cuiden, Scielo, Lilacs, Pub Med y la Cochrane library introduciendo palabras clave identificadas en DECS y Mesh "lutecio", "177 Lu-Dotatate, 177 lu dota, tryr3, 177 Lu-Octreotate, 177 lutecio oxodotretido AND neuroendocrine tumors".

Se tomaron datos del perfil del paciente en los diferentes ingresos en nuestra unidad, así como de los efectos adversos y necesidades

observadas.

Se recogieron las actuaciones que realiza la enfermera para una mayor seguridad en la administración del tratamiento.

### **RESULTADOS**

El perfil del paciente hospitalizado en terapia metabólica para tratamiento con 177Lu-Dotatate corresponde en un 40% mujeres y 60% hombres. Un total de 15 pacientes en 4 años, con enfermedad metastásica sometidos a tratamiento paliativo. La dosis administrada en todos los casos fue de 200mCi. Estos pacientes permanecen en una habitación plomada durante dos días y con las medidas de protección radiológica protocolizadas. La prevalencia de efectos adversos se relaciona mayoritariamente con las náuseas y vómitos causados por la infusión de aminoácidos y el dolor en las metástasis óseas.

Las necesidades de ayuda mayoritariamente se centran en la ansiedad, control de la hiperglucemia, control de náuseas y vómitos, flebitis, diarrea, dolor de cabeza, picores en brazos y garganta y tórax rojo. Las actividades preventivas para la seguridad se centraron en desarrollar un sistema de sujeción para el plomo que protege al vial del fármaco 177Lu-Dotatate, para que pueda ser administrado de manera vertical con los sistemas de bomba que disponemos.

### **CONCLUSIÓN**

El paciente que se somete a Terapia metabólica con 177Lu-dotatate es un paciente paliativo con enfermedad metastásica.

Los principales efectos adversos son gastrointestinales y transitorios.

Las necesidades de ayuda se relacionan con presencia y apoyo emocional.

Se desarrolla un método de sujeción adecuado al fármaco.

Se abre una puerta a la investigación en pacientes en segunda línea.

ID: 01322

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **TOXICIDAD CUTÁNEA DE LOS ANTI-EGFR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE LA PIEL**

RM Martínez Amaya, V Bayo Martín, M Jiménez Paiz, FJ García Rama, AI Jimenez Mesas, Alicia Sánchez Pérez

Hospital Universitario San Cecilio de Granada

### **INTRODUCCIÓN**

El EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico) interviene en el desarrollo normal, fisiología de la epidermis, y de las capas más externas. Los inhibidores del EGFR modifican de manera significativa la cinética celular en la piel. Provocando alteraciones cutáneas que son predecibles y susceptibles de tratamiento: rash pápulo-pustular (es la más frecuentete), xerosis, paroniquia, tricomegalia e hipertrichosis, hiperpigmentación y mucositis.

Existen diferentes grados de afectación (se adjunta tabla de los Criterios terminológicos comunes para la evaluación de acontecimientos adversos del Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU.). Los moderados/graves pueden requerir interrupción del tratamiento, modificación de dosis e incluso tratamiento farmacológico; según determine el oncólogo.

### **OBJETIVOS**

Informar al paciente de las alteraciones cutáneas que se presentan. Proporcionar conocimientos de autocuidados y recomendaciones para prevenir, tratar y paliar las alteraciones cutáneas. Reducir retrasos y/o interrupciones en el tratamiento. Mejorar el impacto psicológico que producen los cambios físicos en el paciente.

### **MÉTODO**

Hemos evaluado a pacientes con Cáncer Colorrectal metastásico que

reciben anti-EGFR (Panitumumab o Cetuximab).

En la consulta de enfermería, Unidad de Cuidados de la Piel (UCP), de nuestro hospital de día se informa valora y asesora al paciente sobre pautas a seguir para los cuidados de la piel. Recomendándoles que se apliquen crema hidratante (sin aloe vera y sin fragancias) por todo el cuerpo, y crema solar FPS 50, diariamente en zonas expuestas al sol. Tratando de forma correcta todas las alteraciones que se puedan presentar y previniendo la principal complicación, la SOBREENFECCIÓN. Haciendo seguimiento continuo de las afectaciones cutáneas. Realizando talleres prácticos de maquillaje corrector. Donde el/la paciente mejora su aspecto físico aumentando su autoestima. Se pasan cuestionarios de satisfacción. Se ha realizado, (por parte del oncólogo) tratamiento profiláctico consistente en Doxiciclina 100mg/ 24h.

### **RESULTADOS**

Mediante un cuestionario de satisfacción obtenemos que existe mejor control de las alteraciones cutáneas, y con ayuda de los talleres de maquillaje corrector, se disminuye el impacto psicológico. Aún pendiente de evaluar si hay mayor adherencia al tratamiento, y se producen menos retrasos y/o interrupciones.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Las alteraciones cutáneas que se producen en los tratamientos con anti-EGFR son predecibles y manejables. La correcta identificación de las manifestaciones cutáneas presentes es fundamental para el éxito del tratamiento. Con la puesta en marcha en nuestro hospital de la UCP, hemos conseguido proporcionar los conocimientos necesarios sobre las alteraciones cutáneas, como prevenirlas y tratarlas.



ID: 01323

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **UNIDAD DE CUIDADOS DE LA PIEL**

V Bayo Martín<sup>1</sup>, RM Martínez Amaya<sup>1</sup>,  
M Jiménez Paiz<sup>1</sup>, AI Jiménez Mesas<sup>2</sup>,  
FJ García Rama<sup>1</sup>, MC Ortega Rivera<sup>1</sup>

1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA 2) CENTRO DE SALUD DE GUADIX. AGS NORDESTE GRANADA

## **INTRODUCCIÓN**

Los tratamientos oncológicos afectan a todos los ámbitos de la persona, entre ellos queremos destacar los importantes cambios físicos y de imagen que en ocasiones producen.

Los que aparecen sobre la piel, pelo y uñas; aunque no comprometen la vida del paciente tienen un gran impacto sobre su autoestima y calidad de vida, e incluso pueden afectar al cumplimiento terapéutico.

Alteraciones cutáneas más frecuentes: exantema maculopapuloso o morbiliforme, xerosis, prurito, reacción cutánea mano-pie, erupción papulo-pustulosa folicular (acneiforme), alteraciones en las uñas (paroniquia), alteraciones en el pelo, fotosensibilidad.

En la actualidad hay 37 Unidades de Cuidados de la Piel (UCP) a nivel nacional, 3 en Andalucía, siendo la nuestra la única en la provincia de Granada.

## **OBJETIVOS**

Disminuir la gravedad de las alteraciones cutáneas. Evitar modificaciones de tratamiento y cambios de dosis relacionadas con esta toxicidad. Disminuir el número de interrupciones de tratamiento derivadas de estas complicaciones. Aumentar la autoestima, confort y calidad de vida del paciente.

## **METODOLOGÍA**

En nuestra UCP formamos al paciente en el conocimiento y prevención de las alteraciones cutáneas, así conseguimos que disminuya su aparición y/o aparezcan en menor grado. Realizamos talleres de maquillaje corrector que ayudan a recuperar la imagen y la calidad de vida. Es importante hacer un seguimiento antes, durante y después de iniciar el tratamiento oncológico pertinente. Antes del tratamiento: evaluar el estado de la piel y determinar los cuidados necesarios para disponer de una piel en estado óptimo al comienzo del tratamiento oncológico. Durante el tratamiento: evaluación continua, ajustando los cuidados al estado de la piel en cada momento y a las características de su tratamiento. Después del tratamiento: establecer un plan de cuidados para el seguimiento de las alteraciones cutáneas y recuperación clínica completa.

## **RESULTADOS**

Cuestionario de satisfacción: se obtiene una mejora de la autoestima del paciente, al asemejar su imagen a la previa al tratamiento. Mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente. Disminuye la modificación de tratamientos o cambios de dosis, por este efecto adverso.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La UCP previene y mejora la gravedad de las alteraciones cutáneas. Mediante la prevención y el tratamiento de la sintomatología cutánea disminuimos las modificaciones de líneas terapéuticas y aumentamos la autoestima del paciente, lo cual lleva a una mayor adhesión al tratamiento. Necesidad de formación continuada del personal del Hospital de Día Oncológico en prevención y cuidados de la piel para el tratamiento de alteraciones cutáneas secundarias a los tratamientos oncológicos.

ID: 01324  
Tipo: Comunicación Oral  
Área temática: Calidad y seguridad

## **PLAN DE MEJORA DEL DESCANSO Y CONFORT DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO HOSPITALIZADO**

Laura Cabrera Jaime, Sandra Cabrera Jaime, Noelia Tierno Sanchez, Nuria Zarza Arnau, Montserrat Martí Dillet, Saray Hosa Salor

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

### **INTRODUCCIÓN**

El sueño es un proceso fisiológico esencial, el cual está relacionado directamente con la calidad de vida.

### **OBJETIVO**

Evaluar el impacto de un Plan de mejora del descanso del paciente oncohematológico hospitalizado en el Institut Català d'Oncologia (ICO).

### **MÉTODO**

Estudio multicéntrico en 2 unidades de Hospitalización Oncohematológica, ICO-BDN Y ICO-GIR, 2017-2019. Total de 79 camas oncohematológicas.

Diseño: Estudio mixto pre y post intervención, mediante una intervención de mejora basada en el método de acción investigación participante (IAP).

Muestra: 306 pacientes hospitalizados (IC: 95%; d=5%; p:50%). 153 pacientes fase pre y post intervención de mejora.

VARIABLES: Áreas de mejora identificadas método Metaplan; grado de satisfacción del paciente, nº de quejas y reclamaciones acerca del entorno y datos sociodemográficos y de salud del paciente. Recogida mediante cuestionario *ad hoc* autoadministrado con 7 preguntas cerradas ponderación 0 a 10 y una pregunta abierta, pilotado.

Análisis de datos descriptivo e inferencial mediante IBM® SPSS® Statistics V.24.0.

### **RESULTADOS**

Fase inicial preimplantación incluidos 282 pacientes, se han retirado 7 por una estancia <48 horas, realizando un análisis de 275 participantes. El 58,5% (159) son hombres y 41,5% (113) mujeres. La edad media se sitúa en 60,6 (13,2) años con una estancia media de 11,4 (10,3) días de hospitalización.

El 62,1% (167) de los pacientes refieren alteración del sueño, un 92,3% (250) presentaron interrupción del sueño durante la noche, un 41,3% (112) refiere descansar entre 6 a 8 horas al día. La sensación de descanso es moderada, el 53,1% (145) toma medicación inductora del sueño frente el 46,9% (128) que no la precisa. La puntuación global del sueño se sitúa en 6,8 (1,8) puntos.

Las causas que provoquen mayor alteración del sueño son (rango 0 a 10) según centro: ICO-DBN: dolor o malestar del paciente (4,36±9,55), las alarmas de los infusores (4,29±10,42) y la temperatura de la habitación (2,96±9,01), entre otras. ICO-GIR: temperatura y ventilación (3,48±3,45), dolor (3,07±3,13) e interrupciones de los profesionales (2,53±2,73).

Medidas de mejora implementadas: Actitud y dinámicas profesionales. Regulación flujo familiares, adaptación dispositivos, implementación central llamada directa, revisión y cambio de válvulas clima.

### **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

Las dinámicas de los profesionales deben ajustarse a los ritmos biológicos del paciente favoreciendo el descanso y confort.

ID: 01325

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE EFECTOS ADVERSOS INMUNORRELACIONADOS. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

David González Bravo, Ana Soria Verdugo, Diego Malón Giménez, Juan Miguel Monterrubio Esquivel, Alberto Campos Morillo, M<sup>a</sup> Jesús Carretero Esteban

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

### **INTRODUCCIÓN**

La inmunoterapia es un conjunto de formas de tratamiento destinadas a potenciar o mejorar el sistema inmunológico del paciente de forma que sea éste el que desarrolle la actividad antitumoral. A diferencia de los fármacos citotóxicos, no se dirige a destruir las células del tumor, sino que su acción es estimular el sistema inmunitario para que sea éste el que ataque y destruya el tumor.

La inhibición de puntos de control inmunes disponibles ya en la práctica clínica en múltiples indicaciones, está relacionada con una toxicidad específica conocida como eventos adversos inmunorrelacionados de especial interés con diferente manejo. En el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) se decide crear un grupo de trabajo para elaborar un documento que recoja tanto la identificación como el tratamiento y seguimiento de estos efectos adversos; se incluye en este protocolo, además, el consenso sobre diferentes estudios publicados.

### **OBJETIVOS**

- Manejo del paciente con efectos adversos inmunorrelacionados.
- Participación de enfermería en la elaboración de este protocolo.

### **MÉTODO**

Se han realizado más de 15 reuniones multidisciplinarias con distintas especialidades en el HUF: endocrino, digestivo, dermatología, medicina interna, urgencias, intensivos, oncohematología, enfermería... Además de realizar revisiones bibliográficas y revisiones de evidencia y de otras experiencias. Estas reuniones han tenido lugar entre octubre-18 y febrero-19.

### **RESULTADOS**

Elaboración del *Protocolo de manejo de toxicidad en inmunoterapia en cáncer* en el HUF. Difusión y publicación en la intranet del hospital.

### **DISCUSIÓN**

Conseguir que tantas disciplinas aúnen sus esfuerzos para realizar este tipo de protocolos es difícil pero no imposible. La calidad que aporta a un hospital disponer de este tipo de protocolos es incuestionable y, la calidad percibida tanto por los pacientes como por los profesionales también lo es.

### **CONCLUSIONES**

El abordaje multidisciplinar a la hora de realizar este tipo de trabajos es imprescindible. Las enfermeras establecen con los pacientes y sus familiares un tipo de relación que las sitúan en un escenario perfecto para realizar educación sanitaria, es para los pacientes un referente, alguien a quien acudir presencial o telefónicamente para solucionar sus dudas o expresar sus temores. La formación del equipo de urgencias y en especial al personal de enfermería que ocupa el puesto de triaje es fundamental para conseguir que los eventos adversos inmunorrelacionados sean abordados en el menor tiempo posible dando a estos pacientes una ubicación y prioridad de atención adecuados para su resolución.

ID: 01326

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **HIPOTERMIA EN EXTREMIDADES PREVENTIVA DE LA ERITRODISESTESIA PALMO-PLANTAR SECUNDARIA A DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA: UN CASO CLINICO**

Núria Salvadó Viella, Silvia Flaquer Rife

Institut Català d'Oncologia

### **INTRODUCCIÓN**

La eritrodisestesia palmoplantar (EPP) o síndrome mano-pie es un efecto secundario de algún tipo de quimioterapia. Se manifiesta en forma de eritema doloroso, a menudo precedido de parestesias en palmas de las manos y plantas de los pies, generando enrojecimiento, hinchazón y dolor. Es una toxicidad cutánea que no pone en peligro la vida del paciente pero sí que es dosis limitante y altera la calidad de vida. La Doxorubicina Liposomal Pegilada (DLP) es un tratamiento común entre las pacientes con cáncer ginecológico. Una de las estrategias no farmacológicas preventivas de la eritrodisestesia palmo-plantar es el uso de la crioterapia, dado su efecto vasoconstrictor en las áreas de la piel con mayor riesgo de afectación.

### **OBJETIVO**

Evaluar la eficacia de la aplicación de hipotermia en extremidades en la prevención de la eritrodisestesia palmo-plantar secundaria a administración de Doxorubicina Liposomal Pegilada.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión bibliográfica de la literatura y revisión de la historia clínica del caso presentado. La aplicación de

hipotermia consistirá en la instauración de guantes y polainas de crioterapia gel, 30 minutos antes del inicio de la infusión y 30 minutos posteriores a ella. Se procederá al primer recambio de los dispositivos a los 30 minutos, y cada 45 minutos posteriormente, hasta 30 minutos de la finalización de la dosis de quimioterapia DLP. Para la conservación de los dispositivos de gel se utilizó un congelador con control de Tº a -18º. La piel del paciente se protege con el tejido del dispositivo.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Mujer de 82 años sin alergias conocidas, ni hábitos tóxicos, antecedentes de HTA, osteoporosis, artropatía degenerativa lumbar. Diagnosticada en septiembre de 2015 de carcinoma epitelial de ovario estadio IV con afectación peritoneal. Recibió tratamiento inicial con Carboplatino en monoterapia, con respuesta parcial. En mayo de 2016 presenta progresión, reinicia Carboplatino en monoterapia y presenta respuesta clínica por marcadores con estabilidad por TC. En febrero 2017, nueva progresión clínica y radiológica a nivel peritoneal y se decide iniciar DLP.

### **CONCLUSIONES**

La aplicación de crioterapia en la prevención de la EPP presenta limitaciones en la transferencia en la práctica clínica por la ausencia de fuentes continuas de hipotermia que garanticen la temperatura idónea en la administración del frío.

Las medidas preventivas son necesarias para prevenir o mejorar los efectos secundarios producidos por los tratamientos de quimio-terapia.

Enfermería tiene un papel importante en informar y educar a los pacientes ante los posibles efectos secundarios producidos por los tratamientos antineoplásicos.

ID: 01327  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **ADECUACIÓN DE SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA**

Sara Bermejo López, Esther García Vega, Marta Romo Garzón, M<sup>a</sup> Jesús Carretero Esteban, Inmaculada Romero Cerezal, M<sup>a</sup> Mar Frechilla González

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

### **INTRODUCCIÓN**

El desarrollo que ha alcanzado la oncología en las últimas décadas va ligado a un aumento del gasto sanitario tal, que todos los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes tienen el deber moral de tener en cuenta. Los enfermeros y, sobre todo, los supervisores y/o gestores son los responsables de minimizar el gasto en sistemas de administración de medicamentos.

### **OBJETIVO**

- Adecuar el sistema de administración al fármaco administrado.
- Imprimir un cartel para facilitar la elección del sistema adecuado de administración de los distintos fármacos utilizados en un HDM.

### **MÉTODO**

Se realiza una revisión bibliográfica consultando las fichas técnicas de fármacos que se administran habitualmente en el HDM del HUF poniendo especial interés en el tipo de sistema que precisa cada fármaco: opaco, con filtro o con sistema de administración segura de medicamentos.

Tenemos en cuenta, además, el tiempo de administración de los fármacos, algunos precisan un sistema opaco siempre que este tiempo sea mayor de una hora y, no lo necesitan, si no lo es.

### **RESULTADOS**

Tras la revisión bibliográfica se desarrolla un póster en el que se relacionan todos los fármacos que se administran en el HDM del HUF. En este cartel se refleja si cada uno de los fármacos precisan o no sistema opaco, con filtro o con árbol.

### **DISCUSIÓN**

La presión asistencial en los HDM es tremenda. Existe una franja horaria en la que todos los tratamientos van llegando a la vez y los pacientes se agolpan en la sala de espera.

El equipo de enfermería trabaja todo lo rápido que le es posible, pero desarrollando su trabajo con seguridad.

Las herramientas de este tipo: cartel con los tipos de sistemas de administración que precisan los fármacos, facilitan el trabajo de los profesionales y les proporcionan agilidad en estos momentos.

### **CONCLUSIONES**

Disponer de dispositivos de este tipo en las salas de farmacia de los HDM reducirá los posibles errores a la hora de elegir el sistema de administración adecuado y facilitará la elección a los enfermeros noobes.

Además, permitirá una adecuación de los recursos existentes contribuyendo a evitar la tentación, por parte de los profesionales, de elegir siempre el sistema opaco como sistema de administración.

ID: 01328

Tipo: Póster

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **ADHERENCIA A LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE REGISTRO: FORMULARIO DE INMUNOTERAPIA EN EL HOSPITAL DE DIA MEDICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA**

Sara Bermejo López, M<sup>a</sup> Mar Muñoz de la Fuente, Marta Gómez Cabanillas, Ana Belén Paredes Nieto, Alberto Campos Morillo, Ana Belén Ibáñez

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

### **INTRODUCCIÓN**

La inmunoterapia o terapia biológica, es un tipo de tratamiento para el cáncer que estimula las defensas naturales del cuerpo a fin de combatir dicha enfermedad.

Este tipo de tratamiento puede producir unos efectos secundarios muy característicos. Los efectos secundarios de la inmunoterapia son fácilmente reversibles con glucocorticoides orales, siempre y cuando, sean detectados y tratados desde el inicio.

### **OBJETIVO**

Valorar la adherencia a la implantación de un nuevo sistema de registro informático: Formulario de Inmunoterapia por parte de los enfermeros del HDM del HUF.

### **MÉTODO**

En el HUF se crea un grupo de trabajo para desarrollar un sistema de registro fácilmente exportable para valorar la toxicidad producida por la inmunoterapia.

Se crea esta herramienta informática, implantándola en la historia clínica informatizada en forma de FORMULARIO DE INMUNOTERAPIA, el

cual, no deja de ser un check-list de toxicidades.

Se realizan tres reuniones con los enfermeros de la unidad: una con el turno de mañana, otra con el turno de tarde y una tercera con los suplentes habituales de la unidad, para enseñarles cómo rellenar el nuevo formulario y explicarles la importancia de cumplimentarlo.

El 13 de abril de 2018 se pone en marcha este nuevo sistema de registro.

### **RESULTADOS**

Desde el 13 de abril de 2018 hasta el 13 de febrero de 2019 hemos tenido en el HUF 57 pacientes en tratamiento activo con inmunoterapia

¿Cuál ha sido la adherencia al registro del Formulario de Inmunoterapia por parte de enfermería?

De 492 posibles registros se han realizado un total de 483.

Se ha obtenido un 98,2% de adherencia al registro del Formulario de Inmunoterapia.

### **DISCUSIÓN**

En el HDM del HUF como en todos los HDM los enfermeros están sobrecargados de trabajo. Son servicios en los que las horas de máxima actividad coinciden con la necesidad de realizar los registros en la historia clínica de los pacientes.

La adherencia conseguida supera con creces nuestros mayores deseos.

### **CONCLUSIONES**

Existe la falsa percepción de que los enfermeros acogemos mal los nuevos sistemas de registro ya que nos supone aumentar nuestras cargas de trabajo, pero si creemos en el proyecto, si valoramos su utilidad para el paciente y parte de nosotros la necesidad de implantarlo somos muy meticulosos con los registros.



ID: 01331

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **APÓSITOS DE BAJA ADHERENCIA Y SOLUCIÓN DE BETAÍNA Y POLIHEXADINA EN RADIO- DERMITIS**

Cristina Abellán Delgado, Inmaculada Descalzo Pérez, M. Dolores Lechón Alonso, Dolores Muñoz Ruiz, Almudena Barrio Cortés, Elena Martín de Castro

SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID.

### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes en tratamiento con Radioterapia precisan altas dosis de radiación que están fraccionadas diariamente durante varias semanas.

La radiación interacciona con la piel y provoca alteraciones biológicas en los tejidos vivos, especialmente en las células cancerosas para su control y curación.

La sintomatología adversa comienza entre la segunda o tercera semana de tratamiento y se ve agudizada ante la presencia de humedad, pliegues y roce, manteniéndose estas lesiones semanas después de finalizado el tratamiento.

Ante una lesión de epitelitis grado II húmeda según escala RTOG, se podrían encontrar signos como: exceso de humedad, inflamación, picor y fragilidad de la epidermis que pueden derivar en lesiones costrosas que oculten posibles infecciones provocando la interrupción del tratamiento.

### **OBJETIVOS**

Describir los beneficios del uso de materiales de baja adherencia y de los antisépticos con Betaína y polihexanida.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Revisión bibliográfica y estudio caso-control observacional basado en evidencia empírica. Revisión por parte del personal de enfermería de la zona tratada semanalmente para prevenir la aparición de lesiones mayores. Curar con apósitos de baja adherencia y antisépticos. Registro fotográfico de las lesiones y revisión de la bibliografía sobre este material.

### **RESULTADOS**

Los pacientes controlados terminaron sin interrupciones del mismo, ni empeoramiento de la epitelitis. No aumento dolor en los cambios de apósito y no mostraron signos de infección.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La utilización de materiales de baja adherencia y antisépticos que no precisan aclarado y que no tiene resistencia microbiana favorecen la resolución de este tipo de lesiones e impiden que se interrumpan los tratamientos oncológicos reduciendo costes totales.

ID: 01334

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **TALLER NUTRICIONAL PARA CUIDADORES Y PACIENTES EN TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO**

Ma Dolores Lechón Alonso,  
Inmaculada Descalzo Pérez,  
Almudena Barrio Cortés, Cristina  
Abellán Delgado, Dolores Muñoz Ruiz,  
Elena Martín de Castro

SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID.

### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes en tratamiento de cabeza y cuello y digestivo alto precisan de altas dosis de radiación que están fraccionadas en semanas.

La sintomatología adversa comienza entre la segunda o tercera semana de tratamiento y se ve agudizada ante la concomitancia con tratamiento de quimioterapia y las secuelas de la cirugía previa, lo que provoca un desgaste del paciente a partir de ese momento pudiendo durar varias semanas una vez finalizado.

En ambas localizaciones aparece un cansancio generalizado que interfiere en su vida social. Los síntomas que acompañan estos tratamientos conllevan que el paciente disminuya la cantidad de ingesta mínima diaria recomendada y lleva a la impotencia del cuidador principal ante la imposibilidad de resolver esta problemática.

### **OBJETIVOS**

Demostrar que los pacientes formados tienen mejor calidad de vida que los controles.

Reforzar adherencia terapéutica

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio experimental. La población de estudio serán los pacientes que empiecen en tratamiento de cabeza -cuello y digestivo alto y su cuidador principal. Serán elegidos por conveniencia durante un año desde el inicio del estudio. Se compararán con los excluidos.

Realizar tres talleres formativos de alimentación y hábitos saludables. Antes, durante y al finalizar tratamiento.

Uso de escalas: Karnoski, Zarit y VSG

### **RESULTADOS**

Aumente la calidad de vida de pacientes y cuidadores principales que reciban la intervención educativa.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Una buena educación en salud mejora la calidad de vida del paciente. Ayuda al cuidador con nuevas herramientas.

La escuela de salud reducirá la pérdida de peso esperada en este tipo de tratamiento.

ID: 01337

Tipo: Póster

Área temática: Miscelánea

## **PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO DEL CAULE.**

Jose Maria Palanca de la Varga<sup>2</sup>, Laura Irazola Campelo<sup>1</sup>, María Luzdivina Álvarez Rodríguez<sup>1</sup>, Ilenia Cascallana Huerga<sup>1</sup>, Patricia Pérez García<sup>1</sup>, Jorge Arias Llamas<sup>1</sup>

1) HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

2) FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN

### **INTRODUCCIÓN**

Los estudiantes de enfermería acuden a la Universidad esperando adquirir conocimientos y preparación que sirva para ejercitar en el futuro su profesión. Para ellos es imposible adquirir un buen nivel de formación sin la experiencia clínica, en la cual se aplican los conocimientos.

### **OBJETIVOS**

Evaluar la capacidad adquirida en proceso de aprendizaje práctico, durante las rotaciones de prácticas clínicas en el Hospital de Día de Oncología y Hematología del Complejo Asistencial Universitario de León.

Identificar acciones de mejora para aumentar la eficiencia del proceso educativo de las prácticas clínicas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo dirigido a los estudiantes de cuarto curso del Grado de Enfermería de los cursos 2015-2016 y 2016-2017, que han realizado sus prácticas en Hospital de Día de Oncología y Hematología del Complejo Asistencial Universitario de León. Como instrumento hemos utilizado un cuestionario de elaboración propia, autoadministrado. Es voluntario,

anónimo y es cumplimentado el último día de cada periodo práctico. Las opciones de respuesta en las preguntas cerradas son de tipo Likert, siendo 1 "completamente en desacuerdo" y 5 "completamente de acuerdo". Las variables analizadas son:

1. Objetivos de las prácticas
2. Contenidos de las prácticas
3. Capacidad docente durante el rotatorio
4. Satisfacción general

Definimos competencia como "tener un profundo conocimiento de la disciplina". Para adquirir un buen nivel de "Competencia", a los conocimientos adquiridos en las aulas del Grado de Enfermería, ha de sumarse la experiencia clínica. En el curso 2015-2016 se recogieron un total de 26 cuestionarios y en el curso 2016-2017 un total de 37 cuestionarios.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

En este apartado exponemos gráficamente las respuestas de los alumnos a las 15 preguntas cerradas, incidiendo especialmente en la capacidad docente durante el rotatorio, cuyo análisis es el principal objetivo de este trabajo.

Los resultados indican buenas puntuaciones en "Capacidad docente durante el rotatorio", "Apoyo recibido por los profesionales" y "Satisfacción general"

Las acciones de mejora identificadas fueron la realización de sesiones informativas sobre la unidad y los objetivos docentes en la incorporación de los alumnos y la conveniencia de rotar por la consulta de enfermería para aprender sobre educación para la salud y poder aplicarlo posteriormente tanto en las consultas de enfermería como en la sala de tratamientos.

ID: 01338

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES MASTECTOMIZADAS**

Patricia Pérez García<sup>1</sup>, Jose María Palanca de la Varga<sup>2</sup>, María Teresa Puente Martínez<sup>1</sup>, Raquel Machío Arce<sup>1</sup>, Ilenia Cascallana Huerga<sup>1</sup>, Laura Irazola Campelo<sup>1</sup>

1) HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

2) FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres y su tratamiento tiene una gran repercusión psicológica y emocional, suponiendo una grave afectación de la imagen corporal y la sexualidad.

Por ello, la atención de enfermería es fundamental para mejorar la calidad de vida de las mujeres sometidas a cirugía: mastectomía parcial o radical.

### **OBJETIVOS**

- Identificar cómo afecta a la mujer el cambio de imagen que se produce tras haberle realizado una mastectomía.
- Señalar el importante papel de enfermería para un afrontamiento eficaz de dicho cambio de imagen.

### **METODOLOGÍA**

Se han revisado diferentes bases de datos entre las que se encuentra: Google académico, Medline, Pubmed, Scielo.

Para la elección de las Palabras Clave (PC) se consultaron los tesauros DeCS y MeSH y los términos utilizados para la búsqueda fueron: breast cancer, body image, sexuality, psychological factors y nursing.

### **DISCUSIÓN**

La mastectomía es considerada el procedimiento más deformante ya que provoca alteraciones en la imagen corporal. La mama es considerada como un símbolo de feminidad y sexualidad por lo que una mastectomía es considerada una experiencia traumática. El Apoyo social facilita la adaptación al cambio, favorece el enfrentamiento y contribuye a promover la adhesión al tratamiento.

### **RESULTADOS**

Como consecuencias de una mastectomía se produce: ansiedad, depresión, baja autoestima, peor calidad de vida, pérdida de optimismo e infelicidad. Adicionalmente en un 50% de los casos, conlleva un diagnóstico psiquiátrico. Estas consecuencias se ven agravadas si la cirugía conlleva la pérdida del pezón y si se produce pérdida de sensibilidad (94%).

Los cuidados de enfermería y el apoyo familiar son fundamentales en el restablecimiento de la salud. Favorecer la expresión de emociones y sentimientos a través de estrategias de comunicación favorece la aceptación de su nueva imagen corporal. Potenciar su autoestima y promover cambios relacionados con el cuerpo, como la alimentación saludable y la actividad física ayudan a proporcionar mayor vitalidad y bienestar físico a la persona.

Asesorar a las pacientes y familiares durante el proceso, proporcionándoles también apoyo emocional, e instruyéndoles sobre actitudes que mejoren su sensación de bienestar y la calidad de vida.

### **CONCLUSIONES**

El papel de la enfermería resulta fundamental ya que participa en las distintas etapas de la enfermedad, interacciona en mayor medida con la paciente y su familia e identifica cómo afectan los cambios provocados por el tratamiento.

ID: 01339

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **ENSAYO CLÍNICO DE EFECTIVIDAD DE LA HEPARINIZACIÓN DEL PORT MEDIANTE HEPARINA SÓDICA CADA 2 O 4 MESES VS SALINIZACIÓN A LOS 2 MESES**

Melania Cia Arriaza, Rosario Cano Soria, Sandra Cabrera Jaime, Lidia Garrote Moliner, Carmen Garzón Serrano, M<sup>a</sup> Angeles Benito Yagüe

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes en tratamiento oncológico requieren en múltiples ocasiones la extracción de muestras sanguíneas y la administración de citostáticos altamente irritantes precisando de un catéter venoso central, siendo el Dispositivo Vascular Totalmente Implantable (TIVAD) o *port* una solución.

### **OBJETIVOS**

Evaluación de la seguridad y eficacia del sellado del port mediante disolución de heparina (Fibrilin®) cada 2 meses versus 4 meses versus salinización cada 2 meses en pacientes oncológicos sin tratamiento activo.

### **METODOLOGÍA**

Estudio comparativo, fase IV poscomercialización, grupo control postest, abierto y paralelo, multicéntrico, en el hospital de día oncohematológico del *Institut Català d'Oncologia* (Badalona y Hospitalet) durante el 2016-2018.

Muestra de 143 pacientes oncológicos portadores de port sin tratamiento activo de quimioterapia con cuidados de mantenimiento en el centro o extracción de muestras sanguíneas como mínimo cada 4 meses. Rama de estudio: 1) Suero fisiológico cada 2 meses, 2) Heparina cada 4 meses; rama control: rama Heparina 2 meses.

VARIABLES: Frecuencia y producto de sellado, presencia de signos de

obstrucción del port, ausencia de reflujo de sangre a través del catéter; presencia de infección del port (hemocultivo positivo), presencia de trombosis venosa o tromboembolismo pulmonar durante el período de seguimiento. Se recogerán otras variables de salud y sociodemográficas generales.

### **RESULTADOS**

Incluidos 143 paciente: 1) Suero fisiológico cada 2 meses: 45 pacientes (31,3%) 2) Heparina 2 meses: 47 pacientes (32,6%) y 3) Heparina cada 4 meses: 51 pacientes (35,4%).

El 67,4% mujeres, con una edad media de los participantes de 62,30±10,05 años. Las patologías más prevalentes fueron en un 34,9% cáncer de mama, 34,9% colon, 11,6% gástrica, entre otras. El 86,0% de los participantes presentaban domicilio con distancia inferior a 25 km, y el 53,5% utilizaron transporte particular para realizar el desplazamiento y el 46,5% utilizó transporte público. El 27,9% de los pacientes precisaron acompañamiento para desplazarse. El 45,2% se encuentran en situación jubilados, 35,7% con incapacidad total o transitoria, 9,5% en paro y 9,5% activos.

De la totalidad de los pacientes el 100% ha presentado presencia de reflujo y ausencia de obstrucción en el primer y segundo control. El 2,3 % (3) pacientes han presentado permeabilidad con ausencia de reflujo en el tercer control. Sin diferencias estadísticamente significativas.

### **CONCLUSIONES**

El sellado mediante disolución de heparina cada 4 meses y la salinización cada 2 meses son igual de efectivos que el sellado mediante heparinización con Fibrilin® cada 2 meses en la prevención de la obstrucción de los port.

ID: 01340

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **EVALUACION DE LA SEGURIDAD Y SATISFACCION DEL PACIENTE QUE RECIBE MABTHERA® SC**

Gabriela Yurrita Aranzabal, María Rúa Gómez, Itziar Etxandi de los Mozos, Isabel Asensio Giménez, Izaskun Zeberio Echechipia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

### **INTRODUCCIÓN**

Mabthera® es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 para el tratamiento de Linfoma no Hodgkin (LNH), que hasta hace poco se administraba de forma intravenosa (IV), en 3 horas, en el Hospital de Día de Hematología (HDH). La vía administración subcutánea se ha aprobado en Europa tras el estudio SABRINA, que mostró datos de farmacocinética, seguridad y eficacia equiparables del Mabthera® SC en comparación con la vía IV en pacientes con. Varias publicaciones han demostrado que el Mabthera® SC disminuye la carga de trabajo y mejora el nivel de satisfacción respecto al Mabthera® IV. Desde inicios del 2016 en el Hospital Universitario Donostia (HUD) hemos comenzado a utilizar el Mabthera® SC en nuestros pacientes con diagnóstico de LF durante la fase de mantenimiento, el cual reduce significativamente el tiempo de tratamiento, ya que se administra en 5-10 minutos.

### **OBJETIVO**

Evaluar la preferencia y satisfacción del Mabthera® SC frente al Mabthera® IV.

### **METODOLOGÍA**

Estudio transversal realizado en el Hospital Universitario Donostia (HUD),

en el periodo de tiempo que incluye desde abril 2017 a junio 2017. Se incluyen 21 pacientes >18 años, con una mediana y rango de edad de 65 años, con LF grado 1-3a que hayan recibido Mabthera® IV durante la inducción y Mabthera® SC durante el mantenimiento. Los objetivos principales son evaluar los efectos adversos en relación con la administración que ocurran en las primeras 24h tras la administración de Mabthera® SC y el grado de satisfacción respecto a la calidad de vida mediante una encuesta dirigida.

### **RESULTADOS**

57.15% pacientes han presentado efectos adversos en relación con la administración de Mabthera® SC, siendo el más frecuente el eritema en el punto de inyección. Respecto al dolor relacionado con la inyección, el 42.85% refiere que es inexistente, el 52.38% que es leve, y a un paciente le parece un dolor moderado. El 90.46% confía en que la inyección este tratando su enfermedad. Un total de 90.48% están satisfechos con el tratamiento SC. Hay 1 paciente que está insatisfecho por desconfianza. Además, el cambio de EV a SC no tiene impacto sobre el tiempo que disponen para hablar con su enfermera/o y medica/o. De los 21 pacientes encuestados el 90.4% prefiere Mabthera® SC a la fórmula EV.

### **CONCLUSIONES**

El Mabthera® SC se tolera bien. El perfil de seguridad es similar a lo reportado tras la administración de Mabthera® IV, excepto respecto a las reacciones locales tras la administración SC que habitualmente son leves y se resuelven de forma espontánea.



ID: 01341

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS CLÍNICOS ALEATORIOS**

Irati Rodríguez Matesanz<sup>1</sup>, Cristina García Vivar<sup>2</sup>

1) OSAKIDETZA Y UNIVERSIDAD DE NAVARRA  
2) UNIVERSIDAD DE NAVARRA, FACULTAD DE ENFERMERÍA

### **INTRODUCCIÓN**

La población de supervivientes de cáncer (SC) está creciendo a nivel mundial. En España, se calcula que hay más de 1,5 millones de supervivientes y que la población de largos supervivientes (sin evidencia de enfermedad y que han terminado el tratamiento) continúa aumentando. Tanto los pacientes como sus familias tienen necesidades específicas que frecuentemente no están atendidas. Por ello, se están desarrollando e implantando planes de cuidados de seguimiento y promoción del bienestar físico y psicológico. En ellos, la enfermera en oncología es una pieza fundamental, aunque se desconoce el impacto que tienen sus intervenciones en este ámbito.

### **OBJETIVO**

Determinar la efectividad de las intervenciones de enfermería para mejorar la calidad de vida (CV), el bienestar y la satisfacción con los cuidados del SC y su familia.

### **MÉTODOS**

Revisión sistemática siguiendo el método PRISMA. Se realizó una búsqueda en las bases de datos *PubMed*, *CINAHL*, *PsycINFO* y *Cochrane*, además de una búsqueda

manual en las revistas *European Journal of Cancer Care* y *Journal of Cancer Survivorship*. Los términos de búsqueda se derivaron del método PICO, siendo la población SC adultos que hubieran finalizado el tratamiento activo y sus familias, la intervención incluía cualquier tipo de intervención liderada por enfermería, la comparación se realizaba con intervenciones habituales y los resultados esperados se centraban en la mejora de la CV y satisfacción con los cuidados. Los límites de la búsqueda fueron: estudios clínicos aleatorios (ECA) publicados en los últimos 10 años (2009-2019) y escritos en castellano, inglés, francés o alemán. Asimismo, se empleó la planilla de evaluación CONSORT para verificar la calidad de la evidencia.

### **RESULTADOS**

De los 343 artículos encontrados en la búsqueda, un total de 8 ECA fueron incluidos en el análisis final.

### **DISCUSIÓN**

La escasez de evidencia y la falta de rigurosidad y unanimidad en los estudios dificultan la evaluación del impacto y efectividad de las intervenciones. No obstante, se evidencian indicios de que las intervenciones realizadas por enfermeras son efectivas para mejorar la CV de los supervivientes y obtener una mayor satisfacción con los cuidados.

### **CONCLUSIONES**

La enfermería en oncología tiene los conocimientos y la capacidad para liderar y protocolizar planes de seguimiento que mejoren los resultados en salud de los SC y sus familias. Mas es necesario realizar previamente estudios más rigurosos e inclusivos, pudiendo así contribuir de manera notable y evidenciada a la continuidad de cuidados y la calidad asistencial en la supervivencia de cáncer.

ID: 01342

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **VALORACIÓN DEL RIESGO DE MALNUTRICIÓN MEDIANTE EL CRIBADO NUTRICIONAL MALNUTRITION SCREENING TOOL (MST)**

Irene Diaz Garcia, Maria Isabel Rihuete Galve

UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

### **INTRODUCCIÓN**

La malnutrición y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes oncológicos es una realidad aceptada por todos, y aunque hay instrumentos validados y fiables para valorar el estado nutricional, el tiempo que requieren para su aplicación justifica el que en la práctica diaria no se realice una valoración del estado nutricional de forma sistemática.

### **OBJETIVO**

Implantar la utilización sistemática de un cribado nutricional (MST) para comprobar el riesgo nutricional de los enfermos oncológicos.

### **MÉTODO**

Estudio observacional descriptivo trasversal no probabilístico de asignación accidental a 112 pacientes ingresados en Oncología en el Hospital Universitario de Salamanca durante los meses de enero, febrero y marzo de 2017. Se incluyeron los pacientes oncológicos, mayores de 18 años ingresados en Oncología, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Se excluyeron aquellos que no firmaron el documento de consentimiento informado y que presentaban un deterioro cognitivo o de salud que impedía la realización del cuestionario. Una vez incluidos fueron

retirados del estudio los pacientes que no completaron alguno de los parámetros del cuestionario.

Las variables estudiadas fueron: estado nutricional medido con el test de cribado MST y los parámetros de pérdida de peso, de apetito y de sabor, plenitud y náuseas además de edad, género y diagnóstico.

Se comprobó la normalidad de la muestra con el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas se evaluaron con medidas de tendencia central y de dispersión; las cualitativas, con frecuencias y porcentajes. Se utilizó SPSS® 22.0 para el procesado de datos.

### **RESULTADOS**

Un 53,6% de los pacientes presentaba riesgo de desnutrición, frecuente en cáncer gástrico y de páncreas en estadios avanzados (63,4%). El 55,3% habían perdido peso en los últimos 6 meses. Un 50% presentaban pérdida de apetito, 32% pérdida de sabor y el 31%, sensación de plenitud y náuseas. Un 20% presentaban vómitos y xerostomía.

### **DISCUSIÓN**

El test de cribado nutricional MST ha demostrado ser efectivo en la detección del riesgo nutricional en la muestra de pacientes oncológicos estudiada.

### **CONCLUSIONES**

Tras la realización de este estudio de investigación, aconsejamos el MST como cribado nutricional validado en pacientes oncológicos para su utilización, como herramienta nutricional enfermera de forma sistemática al ingreso del paciente en una unidad de hospitalización de oncología.

ID: 01343

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **¿CÓMO CUIDAMOS LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES AL PACIENTE ADULTO ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO?**

Ana Anguera Cardete, Ada Alonso Riera, M<sup>a</sup> José Leiva Calvente, Nerea Dávila Cano, Laura Jaenes Capilla, Nerea Hernández Romero

Hospital Universitario de la Vall d'Hebron

### **INTRODUCCIÓN**

Durante el proceso del paciente oncológico la enfermera es la profesional que realiza una valoración global (bio-psico-social) de su estado de salud, detectando situaciones de riesgo o problemas de salud para realizar los cuidados específicos que eviten complicaciones.

Por la complejidad del estado de salud del paciente oncológico, éste requiere de un abordaje multidisciplinario de profesionales que proporcionen una atención integral. La enfermera asistencial es la figura clave en detectar las situaciones de máxima complejidad para realizar, de una manera autónoma el cribado de complicaciones, o en colaboración con el equipo médico, realizar las interconsultas a otros profesionales de la salud.

### **OBJETIVOS**

Analizar los resultados de las escalas de cribado y de los cuidados estandarizados del paciente adulto oncológico hospitalizado.

### **METODOLOGÍA**

Estudio observacional descriptivo de los registros enfermeros desde enero a diciembre del 2018 de todos los pacientes adultos hospitalizados, en la

unidad de oncología de nuestro hospital universitario de tercer nivel.

Escalas de valoración: EMINA, STRATIFY; MADOX; EVA. Las variables del estudio: edad, peso y talla, control de ingesta, tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura y saturación de oxígeno.

La explotación de los datos se obtuvo de: Gacela Care ® y SAP.

### **RESULTADOS**

Durante el 2018 se han atendido a 853 pacientes hospitalizados que han presentado 1.064 planes de cuidados durante su estancia hospitalaria. El 51,04% de los pacientes están en el grupo de edades de entre 60 y 79.9 años. Al 75,47% de los pacientes, se les realizó el control de peso y talla, y al 92,58% de éstos se les realizó el control de la ingesta alimentaria. Hubo una valoración del riesgo de úlceras por presión (EMINA) al 87,03% de ellos, de los cuales un 1,32% presento úlceras por presión intrahospitalaria. Al 87,69% se les realizó el cribado de riesgo de caídas mediante la escala STRATIFY, un 2,91% (31) presentaron caída intrahospitalaria sin lesión. El 59,77% de los pacientes ingresados precisaron vigilancia intensiva.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La complejidad del estado de salud de los pacientes oncológicos hospitalizados requiere de enfermería experta en el manejo del paciente oncológico. El cribado de sus principales riesgos, así como unos cuidados estandarizados garantizan una máxima calidad asistencial y de seguridad para el paciente. La coordinación de todos los profesionales del equipo interdisciplinar que realiza enfermería conjuntamente con el equipo médico, son fundamentales para poner en beneficio del paciente la mejor atención especializada y humana.

ID: 01345

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Miscelánea

## **NECESIDADES INFORMATIVAS DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN CANDIDATO A TRATAMIENTO ONCOESPECÍFICO ATENDIDO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE PULMÓN.**

I Brao Pérez, M Arellano Vengoechea

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

e-mail: [ibrao@iconcologia.net](mailto:ibrao@iconcologia.net)

### **INTRODUCCIÓN**

Desde la perspectiva ética y jurídica el derecho a la información en pacientes oncológicos es imprescindible para la toma de decisiones compartidas y para la relación terapéutica. La toma de decisiones suele ser compleja. Estudios realizados en pacientes con cáncer de pulmón concluyen que los pacientes desean recibir información sobre diagnóstico y tratamiento. Sin embargo manifiestan menor preferencia para recibir información pronóstica. Se reconocen dificultades en los profesionales para proporcionar información indispensable para que el paciente pueda tomar decisiones de forma autónoma o preservar al máximo efectos negativos de una información no deseada.

### **OBJETIVOS**

Principal: Describir que información sobre el diagnóstico y el tratamiento definen los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón candidatos a tratamiento oncoespecífico haber recibido. Secundarios: (1) Explorar si esta información recibida se ajusta a sus necesidades informativas en relación a la enfermedad, tratamiento y pronóstico. (2) Conocer aspectos éticos de este proceso de comunicación.

### **METODOLOGÍA**

Estudio observacional descriptivo, prospectivo y transversal con 71 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, valorados en 1ª visita enfermera de la Unidad Funcional de

Pulmón del Institut Català d'Oncologia desde el 2015 al 2018. Mediante cuestionario con preguntas dicotómicas y tipo Lickert se recogen variables: sociodemográficas, clínicas y del tratamiento y las relacionadas con la información. Análisis de datos descriptivo en porcentajes y medias.

### **RESULTADOS**

De 71 pacientes, el 78,87% hombres con una edad media de 63,59 años. El 61,4% diagnosticado de CPNCP, con enfermedad extensa el 53,8%. Recibieron quimioterapia 53,8%, cirugía 23,07% y quimioterapia + radioterapia concomitante 23,07%. En referencia a la información recibida la describen completa en el diagnóstico un 64,78%, sobre la extensión de la enfermedad el 57,74%, las opciones terapéuticas 67,60%, beneficios tratamiento 56,33% y utilidad de la información un 76,05%. Desean más información de la recibida 43,66% y un 88,73% desean recibir información a pesar de ser malas noticias. El 60,56% reportan estar satisfechos con la cantidad y 66,19% con la calidad. Valoran que estaba adaptada a sus necesidades el 63,38%.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Siempre es necesario establecer estrategias de mejora para adecuar la información a las necesidades del paciente y la enfermera es crucial en la detección de esta necesidad y su grado de adecuación.

Los resultados permiten concluir que el paciente en general está informado y que esta información recibida ha sido adecuada y se ajusta a las necesidades del paciente. El nivel de satisfacción es adecuado.

### **BIBLIOGRAFIA:**

1. Back A, Arnold R. Discussing prognosis: "How much do you want to know?" Talking to patients who are prepared for explicit information. *J. Clin Oncol.* 2006. 24: 4209-13.
2. Jenkins V, Fallowfield L, Poole K. Information needs of patients with cancer: Results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer.* 2001. 84: 322-31.
3. Espinosa E, González M, Poveda J. La verdad soportable como eje de la información al paciente con cáncer. *Ann Med Int.* 1993;10(3):147-49.

ID: 01346

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **ROL ENFERMERO EN LA EDUCACIÓN, DETECCIÓN PRECOZ, Y SEGUIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES EN LOS NUEVOS FÁRMACOS ONCOLÓGICOS.**

Mònica Arellano Vengoechea, Isabel Brao Pérez

Unidad Funcional de Pulmón. Institut Català d'Oncologia. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.  
e-mail: [m.arellano@iconcologia.net](mailto:m.arellano@iconcologia.net)

### **INTRODUCCIÓN**

Dos tipos de terapias han revolucionado el tratamiento del cáncer: Una es la medicina de precisión o tratamientos dirigidos contra una diana molecular, como la mutación EGFR ó el BRAF, translocación ALK y ROS1, la otra ha sido la inmunoterapia o terapias capaces de activar una respuesta del sistema inmunitario del paciente.

En ambas, la enfermera tiene un rol fundamental en la atención del paciente, orientado en dos ámbitos: la educación sanitaria para la prevención, detección precoz y la actuación frente a los efectos adversos.

### **OBJETIVO**

Describir los efectos secundarios más prevalentes de las nuevas terapias. Explicar los cuidados enfermeros que precisan los pacientes con inmunoterapia o terapias dirigidas, durante todo el proceso asistencial.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los documentos científicos disponibles sobre inmunoterapia y terapias dirigidas, sus efectos secundarios y los cuidados de enfermería para pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón

Se han revisado los circuitos de la actuación enfermera en cada episodio de toxicidad y por cada uno de los grados de los efectos adversos. Se ha revisado el tipo de educación sanitaria al inicio, durante todo el tratamiento y seguimiento del proceso terapéutico de los pacientes atendidos en la consulta de enfermería.

### **RESULTADOS**

Durante 2018, se han realizado 549 primeras visitas de enfermería en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón. De éstos, 124 iniciaron tratamiento de precisión. En todos se realizó un plan de cuidados adaptado y recibieron la educación sanitaria sobre los posibles efectos adversos y la detección precoz según el fármaco de inmunoterapia y/o tratamiento con terapia dirigida. Todos los pacientes pudieron contactar telefónicamente durante el proceso asistencial de forma que enfermería coordinó los cuidados pertinentes, la gestión de los síntomas y equipos de soporte.

### **DISCUSIÓN**

Una correcta planificación de los cuidados aumenta la colaboración del paciente y familia, reduce riesgos, produce mayor grado de satisfacción, y facilita el trabajo de todo el equipo multidisciplinar

### **CONCLUSIÓN**

El rol enfermero en la educación sanitaria favorece que el paciente y familia conozcan los posibles efectos secundarios, realicen prevención eficaz y se sientan seguros e informados, reduciendo el estrés y ansiedad. La enfermera contempla todas las fases y aspectos del tratamiento mantenida a lo largo de todo el proceso, centrada en la prevención, anticipación, detección, tratamiento y monitorización/seguimiento.



ID: 01347

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **PERCEPCIONES DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE CÁNCER COLORRECTAL TRAS LA PARTICIPACIÓN EN UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

Estela Álvarez Gómez<sup>1</sup>, Rubén Martín Payo<sup>2</sup>, Paula Jiménez Fonseca<sup>3</sup>, Xana González Méndez<sup>4</sup>, Ester Villanueva Álvarez<sup>5</sup>, Eva Pérez Pertierra<sup>3</sup>

1) DOCTORANDA UNIVERSIDAD DE OVIEDO 2) UNIVERSIDAD DE OVIEDO 3) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS 4) CENTRO DE SALUD LAS VEGAS. ÁREA III AVILÉS 5) CENTRO POLIVALENTE DE RECURSOS (CPR) SOTIELLO

### **INTRODUCCIÓN**

Llevar a cabo una dieta saludable y realizar ejercicio físico mejora la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal. Por tanto, es necesario implementar intervenciones educativas que promuevan estas conductas. Sin embargo, no existe tanta investigación que registre las percepciones de los pacientes en relación con qué otros beneficios les reporta la participación en este tipo de intervenciones. Por tanto, analizar estas percepciones puede contribuir a evaluar la efectividad y el impacto de las intervenciones, a nivel conductual, emocional y social.

### **OBJETIVO**

Analizar las percepciones del paciente diagnosticado de cáncer colorrectal acerca de los beneficios que le reportó la participación en el proyecto.

### **MÉTODOS**

Se realizó un estudio cualitativo, con un diseño de tipo fenomenológico, con enfoque constructivista. Fueron seleccionados pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, que acudían al Hospital de Día de Oncología del Hospital Universitario Central de

Asturias, que habían participado en la intervención y que tenían mayor accesibilidad para su contacto. Se ejecutaron cinco entrevistas semi-estructuradas, entre enero y febrero de 2019, de manera presencial y telefónica, donde el guion estaba previamente estructurado. Siguiendo las normas de los estudios cualitativos, se reclutaron pacientes hasta que se alcanzó la saturación de datos. Los datos sociodemográficos del paciente se recogieron de los cuestionarios previamente cubiertos para la intervención. El análisis de datos se llevó a cabo de acuerdo a los pasos de Catherine Pope.

### **RESULTADOS**

La muestra quedó configurada por tres mujeres y dos hombres entre 48 y 68 años. De los resultados surgieron dos categorías principales: Conductual y Psicológico y Relación con el profesional de enfermería, englobando distintas subcategorías. Los pacientes manifestaron haber obtenido un beneficio conductual en cuanto al cambio de comportamiento realizado hacia conductas saludables de dieta y ejercicio físico tras la participación en la intervención. La relación con el profesional de enfermería les ha aportado confianza, tranquilidad y resolución de dudas relacionadas con el estilo de vida y los efectos secundarios del tratamiento. Además, les ha servido para aumentar el optimismo y la esperanza, fortaleciendo un patrón resiliente.

### **CONCLUSIÓN**

La intervención educativa de dieta y ejercicio físico llevada a cabo por la enfermera, no solo les ha reportado un beneficio físico tras la adquisición de un estilo de vida saludable, sino que también les ha aportado un beneficio psicológico que les ha permitido aumentar su bienestar en ambos sentidos.



ID: 01349

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **EFFECTOS DEL EJERCICIO EN EL MANEJO DE LA ASTENIA RELACIONADO CON EL CÁNCER: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO**

Coralie Ruiz de Erenchun Arteché, Cristina Otano Labiano, Adriana López de la Fuente, Jorge Núñez Córdoba, Cristina Oroviogicoechea Oretga

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

### **INTRODUCCIÓN**

La astenia relacionada con el cáncer es un cansancio persistente, subjetivo e inusual, no proporcional al grado de actividad realizado y que repercute en la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Es un fenómeno multifactorial que tiene repercusiones físicas, psicológicas, sociales y laborales. Existen numerosas publicaciones que asocian un mejor manejo de este síntoma con la práctica de ejercicio físico.

### **OBJETIVO**

El objetivo fue comprobar si una intervención de enfermería basada en el ejercicio físico en domicilio influye en la astenia relacionada con el cáncer.

### **METODOLOGÍA**

Se ha realizado un Ensayo Clínico Aleatorizado en pacientes ambulatorios que están en tratamiento oncológico activo. Se aleatorizó a los pacientes en dos grupos a través de una lista de aleatorización. El grupo control recibió el cuidado habitual de la unidad y el grupo intervención siguió un programa de ejercicio domiciliario y progresivo durante 2 meses. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital.

### **RESULTADOS**

Las variables del estudio fueron sociodemográficas, tratamiento, diagnóstico, estadio de la enfermedad, grado de hemoglobina y nivel de astenia.

Se reclutaron un total de 61 pacientes, 29 pacientes del grupo control y 32 grupo intervención. El 52% han sido hombres y el 48% mujeres. El 25% tenía cáncer de Mama, 25% tumores digestivos, 25% cáncer pulmón y el 25% restante diagnósticos de diferente origen. El 60 % de los pacientes estaban en un estadio IV de su enfermedad. El 85% de los participantes del grupo intervención finalizó el estudio, de ellos el 86% realizaron más del 75 % de ejercicio. La edad como el nivel de hemoglobina fue similar en ambos grupos.

El nivel de astenia en las puntuaciones de la escala FACIT en relación con el nivel de energía en las actividades de la vida diaria obtuvo diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control.

### **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

Podría afirmarse que en algunos aspectos el ejercicio puede ayudar a reducir el nivel de astenia relacionada con el cáncer en pacientes en tratamiento y en cualquier estadio de su enfermedad. Esto coincide con diversos estudios.

El estudio abarca pacientes con estadios avanzados y diferentes diagnósticos oncológicos. Esto ayuda a ampliar la literatura existente en estos pacientes<sup>8</sup>, puesto que la mayoría de las publicaciones abordan al paciente superviviente y pacientes con cáncer de mama.

Limitaciones: el número de participantes ha sido menor a lo esperado, no ha sido un ejercicio personalizado.

ID: 01350  
Tipo: Póster  
Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN HOSPITAL DE DÍA CON PACIENTES DE CÁNCER DE MAMA**

Jordi Cols Guitart, Marina De la Piedad Gómez, M<sup>a</sup> Teresa Montes Espinosa, Monserrat Esclusa Serra

FUNDACIÓ ALTHAIA  
e-mail: [jcols@althaia.cat](mailto:jcols@althaia.cat)

### **INTRODUCCIÓN**

En España el cáncer de mama es el más común en mujeres con un total de 26.370 casos. Althaia, atiende una población de 257.785 habitantes. Durante el año 2018 se diagnostican 168 casos de cáncer de mama. Enfermería realiza consejos alimentarios, prevención y control de toxicidad, y explica las situaciones de urgencia; reforzando con información del libro "consells i recomenacions". También gestiona el proceso asistencial de forma individualizada e integral. En nuestro centro se ofrecen terapias (estética, reiki, marcha nórdica, mindfulness, psicooncología) que ayudan a afrontar la enfermedad.

### **OBJETIVOS**

- Conocer si las intervenciones enfermeras son efectivas durante el tratamiento.
- Identificar los síntomas que presentan en relación a la toxicidad de los fármacos.
- Evaluar la satisfacción de la gestión de enfermería.

### **METODOLOGÍA**

Se realiza un estudio cualitativo, de tipo fenomenológico, para conocer el beneficio de la intervención enfermera y el grado de satisfacción de las pacientes con cáncer de mama, que empezaron los tratamientos de qui-

mioterapia y anticuerpos monoclonales durante los seis primeros meses del año 2018.

Participan 22 pacientes que responden un cuestionario de 60 preguntas (no validado), el cual fue enviado por correo electrónico o bien se responde presencialmente.

### **RESULTADOS**

La media de edad es 51,7 años. El 40,9% presenta fiebre y sabe cómo actuar. Se objetiva mucositis grado I-II en el 36,4% a pesar de la prevención establecida y enfermería ofrece tratamiento al 66,7%. El 36,3% tiene náuseas y/o vómitos y el 63,6% presenta estreñimiento y/o diarrea. En el 81,8% se aprecia toxicidad cutánea. El 54,5% acude al servicio de estética y el 75% nota mejoría. Al 59,1% se les asesora para prevenir la fatiga y en el 71,4% es efectivo. El 14,3% realiza marcha nórdica.

Puntúan la gestión de enfermería en todos los síntomas con evaluación del 7 al 10.

### **DISCUSIÓN**

Pretendemos valorar los beneficios obtenidos con la intervención enfermera y conocer que demandan las pacientes. La bibliografía confirma que la calidad de la atención enfermera está bien valorada.

Los efectos secundarios más prevalentes son: fatiga, toxicidad cutánea, cambios deposicionales, fiebre, mucositis y náuseas/vómitos, lo que concuerda con nuestro estudio.

### **CONCLUSIONES**

Enfermería realiza múltiples intervenciones educativas y gestión de síntomas, valoradas positivamente por las pacientes. Muestran gran satisfacción con las actividades de acompañamiento, pero no obstante, demandan otros servicios.

ID: 01351

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **RECOMENDACIONES EN LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA ORAL EN PEDIATRÍA**

Ana Teresa Durán Prieto

UNIDAD DE ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL  
ROCÍO. SEVILLA.

e-mail: [anateredp@yahoo.es](mailto:anateredp@yahoo.es)

### **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años se ha producido un aumento de la administración de quimioterapia vía oral (QT-VO). La vía oral presenta ventajas como puede ser la facilidad para su administración aunque hay factores que pueden comprometer la seguridad del paciente. Debido a su estrecho margen terapéutico (+/-10%), están asociados a un alto número de efectos adversos e interacciones con otros fármacos y alimentos.

### **OBJETIVOS**

- Establecer recomendaciones para la administración segura de QT-VO.
- Mejorar la educación sanitaria de los cuidadores del paciente pediátrico que precisa QT-VO.

### **METODOLOGÍA**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, Pubmed, Epistemonikos, Google y Google Académico, seleccionando documentos posteriores a 2014. Se consultaron las fichas técnicas de los fármacos más usados en pediatría. Se revisaron recomendaciones de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Enfermería Oncológica Española (SEEO) y las páginas web de enciclopédica farmacéutica y de Ozakidetza.

Palabras clave: oral antineoplastic, food interaction, not mucositis.

### **RESULTADOS**

Se encontraron 29 documentos: 12 revisiones bibliográficas, 2 estudios descriptivos, 2 ensayos clínicos, 8 fichas técnicas, una tesis doctoral, un trabajo fin de grado, un libro y 2 páginas web. Se deduce que hay falta de conocimientos en el manejo de la QT-VO y falta de estudios sobre la biodisponibilidad de estos fármacos.

### **DISCUSIÓN**

A excepción de las fichas técnicas farmacéuticas existen pocos estudios que versen sobre las complicaciones de la administración de QT-VO. Éstas se refieren siempre a condiciones ideales. En pediatría, no obstante, los profesionales se encuentran con numerosas dificultades: reticencia del paciente a la toma, dificultades en la deglución, gran variabilidad de dosis o dosis muy pequeñas, etc. Los estudios no muestran conclusiones ni recomendaciones para la manipulación de la QT-VO en estas circunstancias.

Un estudio sobre los conocimientos de los profesionales de enfermería muestra que el 40% de los entrevistados hacia un manejo incorrecto de la QT-VO.

Hay antineoplásicos que pueden aumentar cuatro veces su concentración si se toman en ayunas.

### **CONCLUSIONES**

Se extraen recomendaciones para la administración de QT-VO, así como un listado de los fármacos más usados en pediatría y la interacción con alimentos.

Estas recomendaciones deben ser tenidas en cuenta por profesionales y cuidadores, ya que una administración incorrecta puede conllevar una pérdida de absorción o aumento de la concentración plasmática dependiendo si se toma con o sin alimentos.

ID: 01352

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA**

Amalia Jesús García Romero, Antonio Manuel González Alarcón, María Priscila Cazorla Rodríguez

HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

#### **INTRODUCCIÓN**

La puesta en marcha de este plan equivale a renovar el compromiso de que el paciente oncológico disponga de una atención sanitaria eficaz y accesible, que favorezca su bienestar y en definitiva, su calidad y expectativa de vida.

#### **OBJETIVOS**

- Mejorar la satisfacción de los pacientes de Oncología.
- Asegurar una atención de elevada calidad humana, científica y técnica, basada en las mejores evidencias disponibles, sin demoras y de carácter integral.
- Habilitar un servicio de atención telefónica al que tengan acceso todos los pacientes que inician o están recibiendo tratamiento.
- Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería con el resto de los profesionales: oncólogos, equipo de Atención Primaria, equipo de Paliativos, Enfermera de Práctica Avanzada, Psico oncóloga, etc.

#### **METODOLOGÍA Y RESULTADOS**

Plan de Acogida. Objetivo: Resolver dudas a los pacientes y familiares sobre el funcionamiento de la unidad. Entrega de Guía dirigida a pacientes que van a iniciar tratamiento de quimioterapia y sus familiares. Objeto:

Dar información general sobre el tratamiento, efectos secundarios y recomendaciones, reforzando la información recibida en la consulta médica.

Registro de Valoración Inicial individualizada. Objetivo: Utilizar el Proceso de Enfermería como herramienta para planificar los cuidados de los pacientes.

Servicio de Atención telefónica. Objetivo: Disminuir las demandas de atención sanitaria no programada. Tendrán acceso todos los pacientes que se inician o están recibiendo tratamiento. Dispondrán de un personal de referencia que centralice las consultas y sus dudas sobre el proceso.

Consultas sucesivas de evolución. Objetivo: Abordar las toxicidades producidas por la quimioterapia mediante un algoritmo de actuación, dando continuidad a los cuidados en el ámbito domiciliario.

Puesta en marcha de un servicio de Teleconsulta de enfermería. Objetivo: Establecer canales de comunicación entre la enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada.

#### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:**

- El tratamiento oncológico supone una gran carga para el paciente y su familia, que requiere una individualización de los cuidados, para ello es necesario una consulta donde se le preste atención, apoyo y se les dé solución a sus problemas.
- La asistencia sanitaria de calidad se determina en gran medida por la actuación de enfermería pues es el que tiene un mayor vínculo con paciente, familia y comunidad.
- Promovemos el desarrollo de roles enfermeros avanzados, con mayor grado de autonomía gestionando y coordinado el cuidado integral del paciente oncológico.

ID: 01354  
Tipo: Póster  
Área temática: Miscelánea

## **GESTIÓN DE INGRESOS Y ALTAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOHEMATOLOGÍA.**

Pablo Fernández Plaza, Cristina González Vera, María José González Rodríguez, Pablo Martín García

UGC ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN VICTORIA. MALAGA.

### **INTRODUCCIÓN**

Desde finales de 2017 se ha implantado en nuestro centro un nuevo sistema de gestión de altas que hemos incorporado en nuestra Unidad de Oncohematología. Dicho sistema ha permitido mejorar la eficiencia en la gestión de camas.

Más del 50% de las altas del día siguiente deben registrarse como Prealta.

### **METODOLOGÍA**

Implantación de Prealta:

El facultativo responsable del paciente comunica a la enfermera y al paciente, las altas del día siguiente. A su vez la enfermera lo comunica a la administrativa del Servicio, y ésta lo graba en aplicación informática, a la que tiene acceso Admisión y la Dirección. El día anterior queda avisada la familia, cursada la ambulancia (si procede), realizadas las pruebas diagnósticas...

Altas en rango esperado:

Intentamos que los pacientes se vayan antes de las 12:00h. Esa mañana se realizan los procedimientos pertinentes. En los días anteriores se contacta con los profesionales (trabajo social, enfermera estomaterapeuta, gestora de

casos, nutrición, clínica del dolor...) para acelerar el alta.

### **RESULTADOS**

Oncología: 39.83% de altas en rango esperado (antes de las 12.00h). 52.54% de altas con asignación de prealtas el día anterior.

Hematología: 44.71% de altas antes de las 12:00h 58.82% de altas con asignación de prealta el día anterior.

### **DISCUSIÓN**

La implantación del sistema ha supuesto un gran esfuerzo por parte del equipo. No obstante, se han conseguido los objetivos, permitiendo liberar numerosas camas en turno de mañana.

Además, el sistema permite planificar los ingresos programados con mayor previsión.

### **CONCLUSIONES**

El nuevo sistema de gestión ha supuesto un incremento en la rapidez de las altas, ha acelerado los ingresos y ha facilitado la programación de la actividad diaria.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Tudela P, Modol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarias. Rev Emergencias 2015; 27:113-120
2. Martínez-Ramos M, Flores-Pardo E, Uris-Selles J. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. Revista de calidad asistencial: 2016; 31(2):76-83

ID: 01355

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: CUIDADO DE LAS LESIONES TUMORALES EXTERNAS.**

Amalia Urueña Díaz, Jenifer Malumbres Talavera, Elisabet Hernández Navarro, Carolina Buendía Gilabert, Bárbara Domínguez Ariza, Xavier Lloró García

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

### **INTRODUCCIÓN**

Las lesiones tumorales externas (LTE) se definen como la infiltración a través de la piel del propio tumor o de las metástasis, aparecen en el 5-10% de los tumores metastásicos y afectan aproximadamente al 5-10% de todas las personas con cáncer.

La finalidad de las curas va dirigida al control de signos y síntomas (mal olor, el dolor, la infección, el exudado y el sangrado) y a la mejora de la calidad de vida.

### **OBJETIVO GENERAL**

Estandarizar los cuidados de las LTE del paciente oncológico ambulatorio e ingresado de un hospital de tercer nivel.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar un procedimiento de enfermería para el cuidado de las LTE.
- Realizar un algoritmo de actuación para el control sintomático de las LTE: dolor, sangrado, exudado y mal olor.

### **METODOLOGÍA**

En el año 2018 se realizó una búsqueda bibliográfica de los 5 años

anteriores en las bases de datos: PubMed, WoS y CINAHL. Estrategia de búsqueda: combinación de términos MeSH y libre en inglés y español. Palabras clave: "Fungating wounds" "bleeding" "malodour" "infection" "exudate" "pain". Criterios de inclusión: revisión de artículos que abordan el manejo del dolor, exudado, mal olor, sangrado e infección en las LTE y de ensayos clínicos. Criterios de exclusión: los artículos basados en el abordaje psico-social. Reuniones multidisciplinares de profesionales expertos 2 h a la semana desde Mayo 2018 hasta Marzo 2019 (50 horas) con enfermeras expertas en Oncología y en Cuidados Paliativos del Servicio de Oncología Médica de un hospital de tercer nivel.

### **RESULTADOS**

Se lleva a cabo la estandarización de los cuidados de las lesiones tumorales externas del paciente oncológico a través de la realización de un procedimiento de cuidados de enfermería y un algoritmo de actuación.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El procedimiento de los cuidados y el algoritmo de actuación en las LTE contribuirán a fomentar el rol autónomo en las intervenciones de enfermería para proporcionar cuidados enfermeros de calidad y mejorar la seguridad de las enfermeras y de los pacientes. Además, se gestionarán los recursos materiales y personales con la mayor eficiencia. Es imprescindible la continua revisión de la bibliografía y el desarrollo de estudios de investigación para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.



ID: 01356

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Urgencias oncológicas

## **PROYECTO DE SIMULACROS "IN SITU" DE URGENCIAS ONCO-HEMATOLÓGICAS PEDIÁTRICAS**

Estefanía Cámara Morales, Judith Abelló Lahuerta, Pablo Velasco Puyó, Anna Llort Sales

UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA. ÁREA MATERNO-INFANTIL. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. BARCELONA.

### **INTRODUCCIÓN**

El Servicio de oncología y hematología pediátrica del Hospital Universitario Vall d'Hebron es un centro de referencia nacional en patologías oncológicas y trasplantes de progenitores hematopoyéticos.

Las complicaciones que surgen de estas enfermedades y tratamientos exigen un alto nivel de especialización y en muchos casos, actuación urgente. Es por ello, que el personal que atiende a estos pacientes debe estar entrenado para cuando se den estas situaciones.

La realización de simulacros en el mismo lugar de actuación real, nos ayuda a mejorar la capacidad de respuesta ante una urgencia real, de una manera más rápida, eficaz y segura para el paciente.

### **OBJETIVOS**

Dar a conocer la implementación del proyecto de simulacros in situ de las urgencias más prevalentes en la unidad de oncología y hematología pediátrica.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión de los protocolos de las posibles urgencias oncohematológicas pediátricas. Reuniones con el equipo (dos médicos y dos enfermeras) para la preparación de los casos. Se creó un algoritmo de

actuación para la correcta coordinación del equipo. Envío de documentación, protocolos y algoritmos de actuación a los participantes. Maniquí de Soporte Vital Avanzado (niño o lactante). Simulador de constantes vitales multiparamétrico (Alsi)/ Software SimpleSim. Grabación del simulacro con dispositivo móvil y posterior proyección para realización del "debriefing".

### **RESULTADOS**

Se han realizado 4 simulaciones desde junio del 2018. En cada simulacro participan 5 profesionales: 1 médico adjunto/a, 1 médico residente/a, 2 enfermera/os y un/a TCAE.

La duración es de aproximadamente 2 horas, donde se incluye el simulacro y el "debriefing" o learning conversation.

Se mejoran áreas como la comunicación con el equipo y la figura de la enfermera líder para la asignación de tareas.

Se introduce el concepto "mental model" donde el líder cada dos minutos, repasa en voz alta todo lo que se ha hecho hasta el momento. Tras finalizar el simulacro, se facilita encuesta de satisfacción.

### **CONCLUSIONES**

La realización de simulacros en el mismo lugar de trabajo y con el personal habitual del servicio, crea un ambiente más adaptado a la situación real y esto permite mejorar habilidades como: comunicación, coordinación, trabajo en equipo y liderazgo. Es importante que el líder asigne las tareas para que cada uno tenga claro cuál es su trabajo, actúe con mayor eficacia y mejoren los resultados. El grado de satisfacción tras finalizar el simulacro es elevado ya que se subraya la utilidad del mismo y la importancia de continuar realizándolos.

ID: 01357

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **¿FUNCIONA UN EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA (ETI) EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO?**

Adela Salieta Tecles, Rosario Galbis Verdú, Raquel Martínez Muntó, María Consuelo Olcina Ferrer

HOSPITAL MARE DE DÉU DELS LLIRIS D'ALCOI

### **INTRODUCCIÓN**

La correcta gestión del capital venoso de los pacientes oncológicos es una de las prioridades del trabajo diario de la enfermería que trabaja en Hospital de Día, por lo que el Hospital de Alcoi ha apostado por la creación de un Equipo de Terapia Intravenosa (ETI) para llevar el liderazgo de esa gestión y conseguir la excelencia en nuestros cuidados, así como aumentar la calidad de vida de nuestros pacientes.

### **OBJETIVOS**

Conocer la evolución de los accesos venosos de los pacientes de Hospital de Día antes y durante la creación de un ETI.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo retrospectivo, en el Departamento de Salud de Alcoi desde 2015 hasta 2018, en pacientes de Hospital de Día con tratamiento de quimioterapia intravenosa y portadores de PICC. Utilizamos la base de datos del Hospital diseñada para accesos vasculares implantados por el ETI.

### **RESULTADOS**

Se ha producido un aumento progresivo de pacientes oncológicos

portadores de PICC, pasando de 12 pacientes en 2016 a 67 en 2018.

Los motivos principales de retirada de los PICC han cambiado desde la creación del ETI, pasando de ser la causa principal de retirada el EXITUS (solicitados tras agotamiento vascular de los pacientes y muchas veces para tratamiento paliativo), a ser la causa principal de su retirada el FIN DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO, demostrando que mediante la gestión de los accesos vasculares por parte del ETI se solicitan cada vez más de forma proactiva, considerándose un catéter necesario desde el inicio, evitando de esta forma deterioro del árbol vascular periférico de nuestros pacientes, mejorando la calidad de nuestros cuidados.

Así mismo, el trabajo del ETI en su posterior mantenimiento tras la implantación ha supuesto una disminución de los casos de trombosis en estos pacientes, bajando al 1.47% en 2018 (1 caso de 67 pacientes portadores de PICC).

### **DISCUSIÓN**

Con la creación de un ETI, que realiza protocolos, algoritmos de elección de acceso vascular, utiliza la ecografía para la implantación y gestiona el posterior mantenimiento de los accesos vasculares hasta su retirada, se produce un aumento importante en el número de pacientes portadores de PICC en Oncología, relacionado con la seguridad y buenos resultados que se han conseguido con estos catéteres, la aceptación de los profesionales que trabajan en Hospital de Día y la experiencia positiva que relatan los pacientes portadores de los mismos.

ID: 01358  
Tipo: Póster  
Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **CÓMO AFRONTAR CON SENCILLEZ LOS EFECTOS DE LA QUIMIOTERAPIA POR PARTE DEL PACIENTE Y LA FAMILIA**

Francisco Javier García Rama, Virginia Bayo Martín, Rosa María Martínez Amaya, Mercedes Jiménez Ortega, M<sup>a</sup> Carmen Ortega Rivera

HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

### **INTRODUCCIÓN**

La administración de quimioterapia busca un beneficio para el paciente, pero el mecanismo de acción de los fármacos da lugar a efectos secundarios indeseados, la mayoría pueden manejarse fácilmente por parte del paciente, otros pueden ser graves precisando actuación urgente. La toxicidad postquimioterapia es un motivo importante de preocupación, ansiedad, depresión y empeoramiento de la calidad de vida, parámetros que mejoran al aumentar el grado de información de la que dispone el paciente.

### **OBJETIVOS**

Proponer el contenido de una intervención destinada a pacientes oncológicos que vayan a recibir quimioterapia por primera vez con la intención de mejorar su conocimiento respecto a los efectos secundarios utilizando un lenguaje sencillo con la intención de disminuir su preocupación y ansiedad y el impacto negativo en su calidad de vida, mejorando el cumplimiento terapéutico.

### **METODOLOGÍA**

Revisión y recopilación de las indicaciones teóricas y prácticas que aporta el personal de enfermería del

Hospital de Día Universitario San Cecilio a los pacientes en la consulta enfermería.

### **RESULTADOS**

Enfermería es el primer contacto con el paciente y su familia una vez indicada la quimioterapia. Como tal nuestra misión es informar del proceso, averiguar lo que saben de su enfermedad y cuáles son sus miedos. Tendremos que explicar cuantos ciclos de quimioterapia se van a administrar, cada cuánto tiempo, qué duración tiene cada sesión y que vía se va a utilizar. Además, insistiremos el primer día en que nos notifiquen cualquier síntoma que experimenten al iniciar el tratamiento. Se les deberá informar sobre: • ¿Qué es la quimioterapia? • ¿Cómo actúa sobre las células? • ¿Por qué aparecen los efectos secundarios? • ¿Cuáles son? • ¿Cuándo empiezan a notarlos? • ¿Cómo afrontarlos y qué hacer? Dando solución a todas estas preguntas, ofreciéndoles los recursos que ofrece nuestro servicio y la AECC.

### **CONCLUSIONES**

Esta información ha sido aportada por el personal de enfermería durante años siendo nuestra experiencia muy positiva; no tenemos datos objetivos que corroboren nuestra afirmación, pero sí tenemos la satisfacción de los pacientes y su familia que nos lo demuestran cada día. Dada la existencia de otras estrategias parecidas a la nuestra que han aportado conclusiones similares en cuanto a la satisfacción del paciente, junto al hecho de que estamos hablando de una intervención de educación sanitaria, con un bajo coste, podemos afirmar que es necesario dedicarle este tiempo a cada uno de nuestros pacientes.

ID: 01359

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **TALLERES "PONTE GUAPA, TE SENTIRÁS MEJOR": EXPERIENCIA Y SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES**

Meritxell Vilanova Vila, Nuria Barragán Guerrero, Gemma Molon Adell, Reyes Justicia Muñoz, Lidia Menchen Palau, Sonia López Avilés

HOSPITAL DE TERRASSA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

### **INTRODUCCIÓN**

La Fundación Stampa con el programa de "Ponte guapa, te sentirás mejor", pretende apoyar a mujeres con cáncer, ayudándolas a restablecer su mejor imagen, recuperar la autoestima y mejorar su calidad de vida mediante la participación en talleres mensuales que mejoren mediante el consejo y enseñanza por parte de profesionales el aspecto físico, el cuidado de la piel, y la imagen en general

### **OBJETIVOS**

Evaluar el nivel de satisfacción de las mujeres que han participado en los talleres "Ponte guapa, te sentirás mejor" realizados en el CST Terrassa durante los años 2016, 2017 y 2018

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se invitaba a participar de forma voluntaria a cualquier mujer entre 18 y 89 años, a punto de iniciar o en curso de tratamiento oncoespecífico. Los talleres se realizan en el propio hospital en una sala habilitada para ello, en pequeños grupos, máximo 10 pacientes, tienen dos horas de duración, cuentan con la colaboración de enfermeras de la Unidad y están dirigidos por voluntarios profesionales de estética, formados en

estética oncológica, que explican cómo tratar, cuidar y mejorar piel, cabello y uñas, así como diferentes estrategias de maquillaje que mejoren el aspecto de las pacientes. Esta iniciativa se ha llevado a cabo teniendo en cuenta:

1. La importancia de sentirse bien especialmente durante la etapa del tratamiento oncológico, en que el cuerpo, cabello y piel pueden experimentar cambios relevantes
2. Las alteraciones dermatológicas producidas por los tratamientos oncológicos tienen impacto sobre la calidad de vida y pueden conllevar una alteración funcional que sea difícil de revertir una vez superado este periodo.
3. Las pautas generales para cuidar la piel, cabello y uñas durante el tratamiento oncológico pueden evitar o al menos, minimizar la toxicidad de los fármacos en estas localizaciones.

Las pacientes reciben un neceser de productos donados por las empresas patrocinadoras de forma totalmente gratuita. Se les entrega una encuesta, que rellenan de forma totalmente anónima, tras el taller haciendo constar solamente el nombre del Hospital y fecha del taller, y cuyos resultados son procesados a través de una aplicación de software de la Fundación.

### **RESULTADOS**

Se han realizado 26 talleres en 2017 y 2018, en los que han participado 76 mujeres. El 98% de ellas puntúan como muy favorable y satisfactorio el contenido y asesoramiento recibido, y lo consideran muy recomendable para todas las pacientes afectadas de cáncer

ID: 01360

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO EN EL CUIDADO DE PACIENTES TRATADOS CON CÉLULAS CAR-T**

Usua Montes Ona, Maite San Miguel Arregui, Gema Afra Martínez, Marta Lamana Hernández, María Ángeles Soteras Ramírez

CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

### **INTRODUCCIÓN**

La Inmunoterapia y el empleo de linfocitos T modificados genéticamente, a través de la introducción de un "receptor antígeno quimérico" (*Chimeric Antigen Receptor*, Células CAR-T), específico frente a células tumorales, suponen un nuevo paradigma en el tratamiento y cuidado de pacientes con mieloma múltiple que actualmente se realiza en contexto de ensayo clínico.

La complejidad de dicho tratamiento supone un nuevo reto para enfermería. Además de conocimiento y una nueva sistemática en el cuidado, la capacidad de liderazgo y colaboración entre profesionales, puede ser clave no sólo para el desarrollo del ensayo sino para garantizar la calidad y seguridad.

### **OBJETIVOS**

Describir la metodología de trabajo y las intervenciones llevadas a cabo entre distintos equipos de enfermería en la atención del paciente hospitalizado con Mieloma Múltiple tratado con células CAR-T, dentro de ensayo clínico.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

A través de un caso clínico (primera paciente con Mieloma Múltiple tratada en Europa con células CAR-T), se

describe el trabajo desarrollado entre la enfermera coordinadora de ensayos clínicos y las enfermeras de hospitalización. En base al protocolo, se implementaron estándares de cuidado en cuanto a la administración del tratamiento y manejo de toxicidades.

### **RESULTADOS**

Además de la aplicación de los protocolos establecidos por el ensayo, dentro del equipo de hospitalización, se designaron dos enfermeras de referencia, se les proporcionó una formación específica y actuaron como nexo de unión con la enfermera coordinadora del ensayo clínico y como recurso experto para las enfermeras de hospitalización. La creación de un equipo de trabajo y la incorporación de una nueva sistemática de cuidado, fueron de gran utilidad para asegurar la calidad en el cuidado, adherencia al protocolo y garantizar la seguridad del paciente y las enfermeras.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La complejidad de nuevas terapias en el contexto de ensayo clínico, hace necesario no sólo la colaboración entre los distintos profesionales de enfermería, sino desarrollar una fuerte capacidad de liderazgo.

Enfermería desempeña un papel fundamental en la supervisión y evaluación de los pacientes para detectar signos tempranos de toxicidad secundaria a las terapias con células CAR-T. La figura de la enfermera de referencia fue clave para la comunicación entre equipos. Esta metodología de trabajo que incluye formación, comunicación y organización de equipos, ayuda a alcanzar las medidas de seguridad que requiere un ensayo clínico, garantizando así la excelencia en el cuidado.

ID: 01361

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Urgencias oncológicas

## **ATENCIÓN INTEGRADA CONTINUA EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO, UN RETO A CONSEGUIR**

María Rúa Gómez, Igone Etxaniz Elosegui, Amaia Berano Urdangarín, Isabel Asensio Giménez, Itziar Etxandi de los Mozos, Itsaso Beloqui González

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

### **INTRODUCCION**

La atención al paciente con cáncer en los servicios convencionales de Urgencias presenta una gran variabilidad y cuestiona la utilización de recursos en pacientes que podrían ser atendidos más rápido y de forma más eficiente. En Hospital de día hematología (HDH) del Hospital Donostia (HUD), ofrecemos asistencia de 8 a 15 h de lunes a únicamente a pacientes programados. Consideramos conveniente, que durante el horario de funcionamiento de la Unidad (8-20 horas) un/a médic@ y enfermer@ ejerza como consultor para los pacientes no programados.

### **OBJETIVO**

Evaluar de cada paciente si los motivos por los que fueron atendidos en urgencias podrían haber sido atendidos en HDH.

### **METODOLOGIA**

Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de la historia clínica integrada de todos los pacientes hematológicos atendidos en el servicio de urgencias entre enero y diciembre de 2017. Se han recogido en un Excel las siguientes variables: edad, sexo, fecha y hora de ingreso y de alta, patología hematológica, tratamiento hematológico, motivo urgente, tratamiento recibido y desenlace.

### **RESULTADOS**

323 visitas a urgencias que han requerido valoración por parte de hematología, de un total de 128 pacientes. De estas, 287 eran de pacientes con diagnóstico hematológico. De las 287 visitas de pacientes hematológicos, 3 eran de pacientes que habían recibido previamente un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TPH), los cuales tienen un servicio propio para atender las urgencias. De las 284 visitas restantes, 213 estaban en tratamiento activo por parte de hematología. El 92.95% son por motivos relacionados con el proceso hematológico. De estos, un 28.9% acudieron por fiebre, un 19.15% por neutropenia febril, un 13.55% por dolor, 4.2% por infección respiratoria. Del 92.95% de visitas de pacientes en tratamiento activo que, por la causa, podrían asumirse en HDH, el 51.51% acudieron dentro del horario HDH. Por tanto, de 284 visitas, 102 se podían haber atendido en HDH, lo que supone un 35.9 % de visitas menos al servicio de urgencias. De las 71 visitas de pacientes hematológicos (no TPH) que no estaban en tratamiento activo, 48 visitas se consideran por causa hematológica. De esas 48 visitas, 20 lo hacían fuera de horario de atención HDH. Por lo tanto 39.43% podían haberse evitado en urgencias.

### **CONCLUSION**

En el 2017, un 45.77% de las visitas a urgencias podrían haberse evitado si hubieran sido atendidos mediante una atención integrada centrada en el paciente con una mayor eficiencia de los recursos asistenciales, mejorando con ello la calidad asistencial percibida y objetiva. Para ello, será necesario establecer y aplicar de forma correcta los criterios de atención, para la selección de pacientes susceptibles de ser atendidos en HDH.



ID: 01362

Tipo: Póster

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN ENFERMERA GESTORA DE CASOS COMITE DE TUMORES MAMA, COLON Y RECTO DEL HOSITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA**

Ma Mar Muñoz de la Fuente, Ma Jesús Ortega Solano, Ana Soria Verdugo, David González Bravo, Jesús Ramos Pereiro, Tomás Sebastián Viana

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

### **INTRODUCCIÓN**

El proceso diagnóstico y las terapias en cáncer requieren de la intervención de varios servicios; la Enfermera Gestora de Casos (EGC) ofrece, desde la atención multidisciplinaria oncológica, velar por el cumplimiento del plan diagnóstico, terapéutico y cuidar las necesidades específicas de pacientes en estas etapas.

### **OBJETIVOS**

- Contribuir a una asistencia oncológica integral, efectiva, de calidad, centrada en el paciente.
- Ser referente del paciente y familia en su proceso oncológico, aumentando la satisfacción del servicio prestado.

### **METODOLOGÍA**

Desarrollo del Programa de la EGC:

1. Revisión del trabajo realizado en nuestro hospital por la Comisión de Cáncer para diseñar el Plan de Cáncer.
2. Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos.
3. Realización del proceso formativo de la EGC durante 4 meses. Rotando por el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda con sus EGC y recorriendo los diferentes servicios de nuestro hospital en los que se diagnostica o trata el paciente.

4. Elaboración del "Programa Implementación de la EGC".

### **DISCUSIÓN**

La EGC al no poder dedicarse a todas las tipologías de cáncer, se decidió centrar el pilotaje en tumores colorrectales y de mama, dado que son los que más incidencia tienen en la población.

Existieron al inicio dificultades para establecer esta figura debido a:

- Falta de una definición conceptual firme.
- Diversidad de entornos donde se aplica.
- Pluralidad de la población diana.
- Diferentes modelos de gestión.

### **RESULTADOS**

La implantación de EGC supone una organización específica del proceso asistencial oncológico y mayor satisfacción del paciente al existir un profesional de referencia que les orienta en su proceso. Según datos del Registro de Tumores de nuestro hospital en 2017 hubo 162 casos nuevos de mama y 158 colorrectales; la evolución para 2019 se estima que será superior siendo la población diana para la EGC.

### **CONCLUSIONES**

La EGC es la referente para el paciente dentro del equipo multidisciplinar. Su función debe quedar clara para el equipo y se desarrolla mejor en un entorno de buenas prácticas clínicas y organizativas. La EGC vela por el cumplimiento de los Criterios de Calidad Asistencial en Oncología mediante "Indicadores de calidad" esenciales para evaluar la efectividad de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud con el fin de alcanzar la excelencia asistencial oncológica.

ID: 01363  
Tipo: Póster  
Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **EVALUACIÓN DE LA ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL PROCESO DE AUTOCUIDADO**

E Chiné Labrador<sup>1</sup>, O Torné Giné<sup>1</sup>, B Domingo Mercé<sup>1</sup>, L Sotes García<sup>1</sup>

1) HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA 2) ICS

### **INTRODUCCION**

Para disminuir los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos es muy importante dar a conocer al paciente los cuidados que ha de tener en cuenta. Enfermería tiene el gran reto de cuidar y enseñar a las personas a que se cuiden, fomentando el autocuidado. Para la mejora de la calidad asistencial es indispensable conocer cuanta información tiene el paciente sobre su enfermedad y los cuidados que ha de tener en cuenta.

### **OBJETIVOS**

Analizar la información obtenida sobre si el paciente conoce los aspectos del cuidado de su enfermedad en casa.

- Aumentar la autonomía del paciente y familiar.
- Disminuir la dependencia de los centros sanitarios.
- Conseguir excelencia en cuidados.
- Optimizar recursos hospitalarios.

### **METODOLOGIA**

Para la realización de este estudio descriptivo se han analizado 74 pacientes recibidos en la consulta de enfermería del servicio de oncología radioterápica del HUAV Lleida.

Se les ha dado la encuesta QLQ-INFO25 de LA EORTC (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer) donde se ha utilizado la pregunta número 46 sobre

si conoce los aspectos del cuidado de su enfermedad en casa. Edad comprendida entre 35-84 años. Pacientes diagnosticados de diferentes neoplasias. La respuesta que podían escoger para la pregunta era si habían recibido ninguna, poca, bastante o mucha información.

### **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos sobre si conocían los aspectos del cuidado de su enfermedad en casa fueron los siguientes: Un 12,98% de los pacientes no obtuvieron información alguna, un 11,68% tuvieron poca información, un 42,85% tuvieron bastante información y un 32,46% de los encuestados tuvieron mucha información.

Si analizamos la información obtenida teniendo en cuenta dos únicos factores y juntando los resultados de (ninguna/poca información) y (bastante/mucha información), con un resultado del 24,7% en el primer caso mientras que en el segundo un 75,3%.

### **CONCLUSIONES**

Este resultado de 24.7% (ninguna/poca información) nos hace analizar nuestro trabajo y pensar en que aspectos debemos mejorar para conseguir transmitir la información correctamente. Este porcentaje significa que, aunque la información haya sido transmitida no ha sido recibida, ya sea por el estado anímico del paciente o por alguna barrera en la comunicación que no fue detectada. Debemos trabajar en esta línea para asegurarnos de que la información es recibida y entendida de forma óptima.

### **Referencia web:**

[www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/08/Specimen-INFO25-English-1.1.pdf](http://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/08/Specimen-INFO25-English-1.1.pdf)

ID: 01365

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **TRATAMIENTO CON GLUTAMINA EN LA MUCOSITIS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Noelia Magro Macías, M<sup>a</sup> Cristina González Rodríguez, Cristina Martín Hernández, Cristina Martín Benito, Silvia Sangüesa Domínguez

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

### **INTRODUCCIÓN**

La mucositis es una gran complicación para los pacientes en tratamiento con quimio-radioterapia al condicionar en gran medida la evolución de su enfermedad. Se trata de una reacción inflamatoria tóxica de los tejidos que afecta a todo el tracto gastrointestinal (de la boca al ano), con un mayor protagonismo a nivel del área orofaríngea; que generalmente es secundaria a la exposición a quimio o radioterapia.

La administración de nutrientes como la glutamina puede facilitar notablemente una respuesta anabólica, afectando a la producción de las células que disminuyen su síntesis en procesos de alto grado de estrés catabólico como ocurre con los tratamientos citostáticos. Hay indicios que apuntan a que la glutamina actúa a favor de la cicatrización y proliferación celular además de fortalecer el sistema inmunitario y la síntesis proteica.

### **OBJETIVO**

Analizar la eficacia de compuestos de aminoácidos en la prevención y tratamiento de pacientes con mucositis.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo realizando una revisión bibliográfica exhaustiva y

crítica de los artículos disponibles referentes a la mucositis en pacientes oncológicos en bases de datos de los últimos 5 años con un total de 27 artículos seleccionando los más significativos de los cuales encontramos en PubMed (16 resultados) Medline (1), Scielo (7), Fistera (1), Cochrane (1), Elseiver (1).

### **RESULTADOS**

Generalmente aparecen molestos síntomas que reducen la calidad de vida de los pacientes afectados, lo que conlleva a un riesgo de desnutrición con lo que puede verse incluso comprometido el continuar con la terapia. Las mucositis orales representan un factor de riesgo significativo para las infecciones sistémicas, particularmente en el estado neutropénico en el que se encuentra el paciente, ya que un 20-50% de las septicemias en los pacientes inmunodeprimidos se originan en la boca todo ello nos lleva a valorar que, aparte de convertirse en un aumento de la morbi/mortalidad, también se traduce en un aumento de los costes económicos derivados del tratamiento de la enfermedad.

Hasta el momento hay baja evidencia de prevención y tratamientos efectivos, sin embargo, hay estudios con resultados prometedores en los que los usos de aminoácidos previenen o mejoran esta situación.

### **CONCLUSIÓN**

Podemos concluir que hay una escasa evidencia sobre el resultado del tratamiento con aminoácidos en pacientes con mucositis por lo que se precisan más estudios para recomendarlo como tratamiento de primera línea.

### **Palabras clave:**

Mucositis, oncológico, quimioterapia, radioterapia, glutamina.

ID: 01366

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **EVALUACION ENFERMERA DE EFECTOS "OLVIDADOS" EN PACIENTES TRATADOS CON TAXANOS.**

Lorena Morales Hijazo<sup>1</sup>, Belén Fernández Castro, Laura Grima Campos, Vanesa Calvo Sanz, Isabel Pérez Marco, Delia González de la Cuesta

Hospital Universitario Miguel Servet

### **INTRODUCCIÓN**

Unos de los agentes más eficaces en el tratamiento de tumores, como el de mama, son del grupo de los Taxanos: Docetaxel y Paclitaxel, pero implican un amplio perfil de efectos secundarios debido a su toxicidad, a corto y largo plazo.

Van desde la amenaza a la vida hasta cambios en la imagen corporal (pérdida del cabello, reacciones cutáneas en manos y uñas) o graves limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por la neuropatía asociada a los mismos.

Algunas toxicidades de los Taxanos son las reacciones de hipersensibilidad cutáneas, y la neuropatía periférica que no son bien gestionadas con terapias de apoyo.

Prevenir estos efectos adversos puede mejorar tanto la calidad de vida como la supervivencia de los pacientes, aumentando la probabilidad de que completen su tratamiento.

### **OBJETIVOS**

- Describir los efectos secundarios respecto a la neuropatía y onicolisis en pacientes tratados con Taxanos en Hospital de día de oncología del HUMS.
- Medir la intensidad y tiempo de aparición de la neuropatía periférica y onicolisis en estos pacientes.

- Seguir la evolución en el tiempo de estos efectos tras finalizar el tratamiento.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo analítico sobre la neuropatía y onicolisis de los pacientes tratados con Taxanos diagnosticados de cáncer de mama. Estudio piloto a un mes de inicio con duración de un año.

Se utiliza la escala [Common Terminology Criteria for Adverse Events \(CTCAE\) v5.0](#) NCI-CTC, para valorar la neuropatía periférica y onicolisis en manos y pies y el monofilamento de Semmes Weinstein para medir el grado de neuropatía sensitiva.

### **RESULTADOS**

En este primer mes, la tasa de participación es un 77% (20 de 26 pacientes). Mujeres, con edades entre 30 y 81 años.

Las medidas basales del monofilamento están en la normalidad, la escala muestra una ligera parestesia sin compromiso funcional. Todavía las dosis acumuladas son bajas.

### **DISCUSIÓN**

La bibliografía refleja un índice alto de neuropatía asociada al uso de Taxanos, sin embargo, los tamaños muestrales de los estudios son pequeños. La afección respecto a las ABVD es elevada, llevando a abandonar el tratamiento.

### **CONCLUSIONES**

Se necesitan estudios descriptivos en España que avalen la bibliografía existente sobre los efectos de la quimioterapia debido a las tasas de abandono y las limitaciones en las ABVD.

Con estos resultados se podrán plantear intervenciones enfermeras específicas para prevenir y controlar el alcance de estos efectos secundarios.

ID: 01367

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **NIVEL DE ANSIEDAD PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN REVISIÓN**

María Pilar Camarero Gómez, Adolfo Romero García, Vanesa Rebollo García, Antonio Zamudio Sánchez, Miguel Ángel Sánchez Lozano, Pablo Fernández Plaza

UGCI oncología médica de Málaga (Hospital Virgen de la Victoria, Málaga)

### **INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico de cáncer con frecuencia se relaciona con comorbilidades psicoemocionales como depresión y ansiedad, lo cual se ha reportado en estudios de pacientes con cáncer de mama, que mostraron tasas de depresión más altas que las mujeres sanas, posiblemente como respuesta a la amenaza asociada con el diagnóstico de la enfermedad, especialmente durante el primer año después del diagnóstico, se señala que la prevalencia de depresión entre mujeres con cáncer es el doble que la observada en la población general de mujeres.

Ser diagnosticada de cáncer de mama y superar los tratamientos implica múltiples necesidades de atención; además de problemas médicos, adaptaciones continuas a problemas sociales, mentales y emocionales, que limitan la calidad de vida de estas pacientes. Así muchas de estas pacientes una vez superados los tratamientos presentarán secuelas físicas (cambios en la imagen corporal, fatiga, falta de energía, problemas en el sueño, etc.), neurocognitivas (disfunción cognitiva) y psicológicas (desorientación, ansiedad y depresión).

### **OBJETIVO**

Conocer el nivel de ansiedad y depresión de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en su inicio de la fase de revisión, del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

### **METODOLOGÍA**

Se les autoadministró el cuestionario de ansiedad, depresión, Escala de Goldberg.

### **RESULTADOS**

El total de la muestra fue de 162 con una media de ansiedad de 5,32 y de depresión 3,60.

### **CONCLUSIÓN**

La alteración de estas necesidades psicoemocionales, con el consiguiente impacto en la calidad de vida, pone de manifiesto la necesidad, cada vez más imperativa de un plan de atención a dichas necesidades de las pacientes en proceso de cáncer de mama.

ID: 01368  
Tipo: Póster  
Área temática: Adolescentes y cáncer

## **ACTIVOS EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ANDALUZA**

M<sup>a</sup> Carmen Ortega Rivera <sup>1</sup>, Cristina Torres Luzón<sup>2</sup>, Isabel M<sup>a</sup> Martínez Martínez<sup>3</sup>, Mercedes Jiménez Paiz<sup>1</sup>, Virginia Bayo Martín<sup>1</sup>, Rosa María Martínez Amaya<sup>1</sup>

1) HUSC Granada 2) Centro de Salud de Peligros, Granada 3) Hospital de Guadix, Granada

### **INTRODUCCIÓN**

Según la OMS el 40% de los tumores son evitables adoptando hábitos de vida más saludables, siendo la infancia y la adolescencia los periodos de la vida donde se adquieren la mayoría de los hábitos. La promoción para la salud y el diagnóstico precoz son estrategias eficaces para la prevención del cáncer y ejes fundamentales del Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA). Las estrategias actuales se dirigen hacia un modelo de "activos en salud" o "salud positiva". Este modelo redirige la atención al contexto y focaliza las actividades hacia aquello que hace que las personas, familias y comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

### **OBJETIVO**

Indagar cuáles son los activos en salud que la Junta de Andalucía ofrece a la población adolescente andaluza en la prevención del cáncer.

### **METODOLOGÍA**

Análisis descriptivo de los activos en salud disponibles en las páginas web en salud de la Junta de Andalucía. Criterios de inclusión: aportar activos en salud para la adolescencia.

Criterios de exclusión: activos en salud para otros colectivos.

### **RESULTADOS**

La Junta de Andalucía a través de sus páginas web en salud ofrece activos en salud sobre la prevención del tabaco, el alcohol, el sedentarismo, la mala alimentación y conductas de riesgo como la exposición al sol o las prácticas sexuales sin protección. En el apartado de salud y familias encontramos información sobre activos en salud en las distintas áreas que ofrece como seguridad alimentaria, entornos saludables, planificación de la salud donde se puede acceder entre otros al Plan Integral de Oncología de Andalucía desde donde se permite el acceso a distintos enlaces relacionados como por ejemplo foros de pacientes o redes sociales. Otra área que encontramos se enfoca en la atención a la salud a lo largo de la vida, donde se tratan temas de salud pública en las distintas etapas de la vida, incluida la adolescencia.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La Junta de Andalucía ofrece a través de sus programas de salud infantil y adolescencia, promoción de hábitos de vida saludables y la ventana abierta a las familias múltiples recursos enfocados a los principales factores de riesgos evitables del cáncer, estando disponibles para profesionales y usuarios. Sin embargo, no están enfocadas de forma concreta y atractiva para la población adolescente.



ID: 01369

Tipo: Póster

Área temática: Miscelánea

## **PROPUESTA DE ADAPTACIÓN DE LA HERRAMIENTA CLINICAL PATHWAY ORIENTADA A DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE LAS TOXICIDADES DERIVADAS DE LOS TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS**

Eulàlia Pujol Amadó, Sheila García Lázaro

Institut Català d'Oncologia de Girona

### **INTRODUCCIÓN**

La administración de los tratamientos antineoplásicos tanto estándar como experimentales origina la aparición de toxicidades que pueden disminuir significativamente la calidad de vida del paciente llegando a interrumpir, en algunas ocasiones, el tratamiento con el consiguiente fracaso terapéutico. Una de las causas de la gran variabilidad en el manejo de las toxicidades se debe a la falta de consenso entre las diferentes disciplinas que las abordan, así como la interpretación profesional específica para cada paciente (personalización del tratamiento). Las *clinical pathway* son un instrumento adecuado para resolver la variabilidad originada por equipos multidisciplinares<sup>3</sup>. Este trabajo pretende innovar el concepto de *clinical pathway* añadiendo la figura del paciente empoderado<sup>4</sup> como un actor más en el equipo multidisciplinar.

### **OBJETIVOS**

Obtención de una herramienta diseñada para un equipo multidisciplinar y que disminuya la variabilidad en el manejo de las toxicidades derivadas de los tratamientos antineoplásicos.

### **MÉTODOS**

En el paradigma sanitario actual los pacientes son parte activa durante todo el periodo asistencial, informán-

dose y tomando decisiones juntamente con los profesionales sanitarios. En este escenario se propone realizar una adaptación de una *clinical pathway* clásica que consiste en añadir la figura del paciente en determinados momentos del proceso. El perfil de paciente que este trabajo considera para incluir en los diferentes equipos multidisciplinares se define según las características propuestas por los programas *Patient Expert Catalunya*<sup>5</sup> y *Cuidador Expert Catalunya*<sup>6</sup>. El instrumento se pilotará en el marco de las toxicidades secundarias a los tratamientos antineoplásicos.

### **RESULTADOS**

La herramienta *clinical pathway patient* se estructura mediante las siguientes fases:

1. Valoración y diagnóstico de situación
  - Composición del equipo impulsor incluyendo asociaciones de pacientes
  - Definición de recursos
  - Definición de objetivos, roles y responsabilidades (introducción del rol del paciente).
  - Diagnóstico de situación DAFO.
  - Revisión de la práctica habitual sumándole las necesidades no cubiertas detectadas por el paciente.
  - Establecer indicadores.
2. Diseño de la fase piloto
  - Seleccionar casos tipo
  - Diseño de los equipos de trabajo con profesionales, pacientes y cuidadores.
  - Desarrollo de la *clinical pathway patient*.
  - Preparación de planes de educación para los profesionales, pacientes y cuidadores.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Se propone la herramienta de sistema de gestión de calidad *clinical pathway patient* que nos permitirá disminuir la variabilidad en el manejo de las toxicidades secundarias a los tratamientos antineoplásicos.

ID: 01370

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **E-SALUD APLICADA A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOHEMATOLÓGICA**

Raquel Badillo de Santos

Hospital Rey Juan Carlos

### **INTRODUCCIÓN**

Con este estudio, aplicamos a la sanidad los avances en tecnología y promovemos la e-Salud como mejora de la relación enfermera-paciente. El HRJC dispone de un portal electrónico ("Portal del Paciente") en el que el paciente tiene acceso a su historia clínica y al "Diálogo Web": un chat de comunicación directa con la enfermera.

Se implantó en la consulta de toxicidad oncohematológica con el propósito de mejorar la atención a los pacientes, que tengan más confianza y se sientan acompañados a lo largo del proceso de la enfermedad. Además, evita esperas y desplazamientos innecesarios a Atención Primaria (A.P.) o urgencias en muchos casos.

### **OBJETIVOS**

Primario: Identificar las consultas más frecuentes durante la quimio-terapia.

Secundario: Analizar las derivaciones realizadas a otros servicios asistenciales.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: Pacientes de la consulta de oncohematología (HRJC) citados entre Enero-2019 hasta Marzo-2019 (se continuará recogiendo datos).

Muestra final: 43 pacientes que cumplen los criterios.

Criterios inclusión:

- Pacientes citados en consulta de oncohematología.
- Quimioterapia intravenosa, oral o subcutánea.
- Portal del Paciente activado.
- Smartphone/ordenador con acceso a internet.

Se realiza un análisis descriptivo de esas variables, representando gráficamente y en tablas los resultados obtenidos.

### **RESULTADOS**

43 pacientes con Diálogo Web. 45 Consultas realizadas:

- 8 sobre "Medicación domiciliaria" (17'7 %).
- 20 de "Toxicidad" (44'4 %)
- 15 sobre "Citas y pruebas" (33'3%)
- 2 sobre "Otros" (4'4 %).

Derivaciones realizadas de las 28 consultas sobre "Medicación domiciliaria" y

"Toxicidad":

- 1 a Hospital de Día (3'7%).
- 1 a Atención Primaria (3'7%).
- Ninguna a Urgencias (0%).
- 26 resueltas a través del Diálogo web (92'85%).

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Limitaciones: Muestra pequeña, corto periodo de estudio.

Implicaciones: Adecuar la consulta y la información a la demanda de los pacientes, mayor confianza del paciente, mejora relación enfermera-paciente y mayor adherencia al tratamiento. Disminución de los errores de medicación y evita esperas y desplazamientos innecesarios al centro de salud o urgencias del hospital en muchos casos. Futuros estudios se pueden orientar a analizar las visitas evitadas al servicio de Urgencias o A.P. y el ahorro de costes al evitar dichos ingresos.

ID: 01371

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **RADIODERMITIS AGUDA Y CRÓNICA POR BRAQUITERAPIA CON TÉCNICA PLESIOTERAPIA**

Dolores Muñoz Ruiz, Cristina Abellán Delgado, M<sup>a</sup> Dolores Lechón Alonso, Inmaculada Descalzo Pérez, Elena Martín de Castro

Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### **INTRODUCCIÓN**

Según la escala RTOG /CTCAE la toxicidad aguda aparece desde el inicio del tratamiento hasta seis meses después de tratamiento con radioterapia. La toxicidad crónica o tardía aparece a partir de seis meses del tratamiento con radioterapia.

La toxicidad tardía es menos frecuente que la aguda afectando a la piel y tejido celular subcutáneo en distintos grados.

Desde la consulta de enfermería hacemos un seguimiento desde antes del inicio del tratamiento con medidas preventivas del cuidado de la piel, la detección de la lesión hasta la resolución de la misma.

### **OBJETIVOS**

Describir las curas realizadas y evolución de las lesiones de toxicidad tardía tras tratamiento con plesioterapia.

Describir las curas realizadas y evolución de las lesiones de toxicidad aguda tras tratamiento con plesioterapia.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo longitudinal llevado a cabo entre los años 2016 a 2018. Se han valorado cuatro casos de toxicidad crónica tras tratamiento de plesioterapia. Tres de ellos con diagnóstico de sarcoma de Kaposi y

uno con diagnóstico de epiteloma basocelular. De estos pacientes, dos de ellos con VIH+.

Educación terapéutica al paciente.

Valoración analgésica mediante escala EVA.

### **RESULTADOS**

Se han realizado curas y seguimiento por consulta de enfermería 1-2 veces/por semana, realizando limpieza de heridas con solución/gel de hexatidina-betaina como agente antimicrobiano, colagenasa, hidrocoloides y apósitos de espuma de poliuretano de baja adherencia.

Dos pacientes con lesiones resueltas con medidas conservadoras.

Dos pacientes con derivación a cirugía plástica.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El seguimiento de lesiones desde la consulta de enfermería, refuerzan la adherencia terapéutica en el paciente y facilitan su autocuidado.

Las pautas de curas se realizan de manera individualizada en función del grado de la lesión y características del paciente.

Los dos pacientes VIH+ son derivados a cirugía plástica.

En otros tratamientos de braquiterapia con técnica diferente a plesioterapia no hemos detectado toxicidad crónica.

ID: 01372

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **REVISIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA**

Gloria Campos Alcázar, Ana Rodríguez Ortega, Miriam Carbonell Vita, Dolores Pérez López

Institut Català D'Oncologia de L'Hospitalet

### **INTRODUCCIÓN**

El proceso del tratamiento del cáncer de mama requiere afrontar una situación de peligro de vida y someterse a diferentes tratamientos con efectos secundarios muy tóxicos que pueden presentarse de manera aguda o tardía e incluso dejar secuelas permanentes.

El final del tratamiento agudo es un momento especialmente importante, aparecen nuevas preocupaciones como: el riesgo de recidiva y recuperar la normalidad en todas las facetas de la vida de la persona. Las secuelas de los tratamientos pueden afectar a las distintas dimensiones de la persona: física, psicológica y social, que son valoradas por la enfermera de la Unidad Funcional de Mama (UFM) del Institut Català d'Oncologia, en la visita que se realiza al final del tratamiento agudo o inicio del seguimiento de la enfermedad. Según la valoración se proporcionan consejos de salud o derivación a otros profesionales. Se da el alta de enfermería ofreciendo nuestra disponibilidad a demanda por tiempo ilimitado, o se continúa el seguimiento, si es necesario.

Según la literatura, en el primer año de seguimiento aparecen necesidades no satisfechas y la intervención enfermera de manera programada en este período mejora la calidad asistencial.

### **OBJETIVO**

Conocer las necesidades no satisfechas de las pacientes tratadas de cáncer de mama durante el primer año de seguimiento.

Plantear si es necesario modificar el modelo asistencial de la enfermera de la UFM al final de los tratamientos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Descripción de la visita que realiza la enfermera de la UFM al final de los tratamientos.

Revisión de los signos y síntomas recogidos en la historia clínica de las pacientes en la visita de enfermería de final del tratamiento, durante el primer año de seguimiento en las visitas médicas y las consultas realizadas por las pacientes, según su necesidad, a las enfermeras.

Revisión de la bibliografía sobre las visitas de seguimiento de la enfermedad por enfermeras especialistas en patología oncológica mamaria.

### **RESULTADOS**

Pendiente de análisis de los resultados de la revisión de las historias clínicas.

### **DISCUSIÓN**

Hay distintos ejemplos en la literatura en cuanto a la organización de la actividad enfermera en el periodo del primer año de seguimiento. Teniendo en cuenta estos ejemplos y nuestros resultados preliminares nos planteamos modificar la intervención en la UFM.

### **CONCLUSIÓN**

Nos proponemos llevar a cabo un estudio comparativo para conocer si una intervención enfermera de la UFM durante el primer año de seguimiento de la enfermedad reduce las necesidades insatisfechas de las pacientes.

ID: 01373

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **PROGRAMA DE ACOGIDA ENFERMERO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN UN CENTRO ONCOLÓGICO**

Raquel Azor Portolés, M<sup>a</sup> Antonia Serra Barril, Rafael Arjona Cabello de Alba, Rosa Moliner Marba, Mireia Montserrat Moreno, Társila Ferro García

Institut Català d'Oncologia

### **INTRODUCCIÓN**

El cuidado del paciente oncohematológico requiere de atención especializada enfermera. Un programa de acogida a profesionales nuevos facilitará la integración y adaptación del profesional en la organización/equipo, proporcionará formación inicial de los cuidados seguros al paciente y mantendrá la calidad asistencial. Desde 2015, se implementó el programa de acogida específico para enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares enfermeros (TCAEs) y en 2018 se evalúa su desarrollo.

### **OBJETIVOS**

General: Describir los resultados del programa de acogida dirigido a enfermeros y TCAEs de nueva incorporación en nuestro centro y conocer el grado de su satisfacción.

Específicos: \*Evaluar que necesidades formativas expresan los profesionales nóveles. \*Analizar la adaptación del programa al nuevo profesional. \*Detectar áreas de mejora del programa de acogida.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo de 3 años en centro oncológico. Registro de datos de enfermeras de nueva incorporación de recursos humanos y de la asistencia al programa de acogida. La acogida consta de 2 partes una

formativa general y otra específica con estancia en unidad, según ámbito de incorporación. Variables: Conocimiento y contenidos específicos, habilidades, preferencias de formación y tipo de formación. Análisis descriptivo de datos obtenidos a través de una encuesta de opinión online.

### **RESULTADOS**

Se incorporan como media 23 enfermeras y 10 TCAEs en período estival. 52% no tenían experiencia profesional al incorporarse. 64% empieza a trabajar con pocos pacientes y con una enfermera tutora de soporte.

Realizan la formación en 2016 (88,6%), en 2017 (94,5%) y 2018 (96%). Completan la formación general (87,5%), formación específica en unidad de trabajo (50%), programas informáticos (75%), estancia-formativa (70%). Completan todo el programa (37,5%). En la variable satisfacción la tasa de respuesta es 89,2%, valorando como suficiente el 84% y como adecuada el 92%. En la contribución percibida de la formación, el 88% responde que promueve la adaptación al puesto de trabajo y 88% que mejora su propia seguridad. Globalmente el plan se valora como satisfactorio o muy satisfactorio en 88%.

### **DISCUSIÓN**

El plan de acogida debe adaptarse mejor a las necesidades de los profesionales nóveles, evitar problemas organizativos y de retrasos como área de mejora. Es necesario elaborar material de soporte y mejorar la rapidez de acceso a información y procedimientos en la intranet del centro.

### **CONCLUSIONES**

La opinión y el nivel de satisfacción de los profesionales son positivos. El profesional novel percibe que el programa contribuye en mejorar la percepción de seguridad profesionalmente y en los cuidados cara al paciente.

ID: 01375

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **CALIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA**

Mónica Aurora Pérez Taboada, Leticia Cruz González, M<sup>a</sup> Josefa Aguiar García, Aurora Chao Fernández, M<sup>a</sup> Pilar Díez Suárez

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

### **INTRODUCCIÓN**

La calidad de los cuidados de enfermería durante la hospitalización, es una exigencia ética y deben estar orientados dentro de un contexto de calidad total.

La calidad asistencial tiene por objetivo mejorar continuamente la práctica asistencial que se realiza y conseguir la mayor satisfacción para el paciente y su familia. El mismo concepto se hace extensible a los servicios de salud.

Los pacientes cada vez son más conscientes de que tipo de asistencia necesitan y sus requerimientos cada vez son más exigentes, ya no solo en términos objetivos de accesibilidad, inmediatez, instalaciones, tecnología, y método científico, sino también en términos subjetivos de percepción de dicha calidad.

### **OBJETIVOS**

1. Determinar la calidad percibida por los pacientes ingresados en una planta de hospitalización de Oncología durante el período de estudio, mediante el empleo de un cuestionario validado de calidad percibida.
2. Identificar áreas susceptibles de mejora, a partir de las cuales establecer líneas estratégicas, objetivos prioritarios y medidas correctoras que incrementen la percepción de calidad asistencial de los usuarios del servicio de hospitalización de oncología.

### **METODOLOGÍA**

Se realizó un Estudio Descriptivo Prospectivo Cuantitativo durante un período de 10 meses. Para ello, se entregó un cuestionario validado por el servicio de Calidad de nuestro hospital a todos los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de Oncología que cumplieren con los criterios de inclusión en el estudio.

El tamaño de la muestra fue n= 267 pacientes, siendo el 53,6% hombres y el 46,4% mujeres.

Se establecieron 14 *items* a valorar en el cuestionario, el cual incluía un espacio de texto libre donde los pacientes pudieron escribir sus observaciones, de las cuales se obtuvieron 8 *items* a mayores.

### **RESULTADOS**

Aunque los resultados generales fueron bastantes positivos, los 3 *items* peor valorados hacen referencia a:

- Espacio físico y mobiliario
- Horario de visita médica e información
- Preservación de la intimidad y confidencialidad

### **CONCLUSIONES**

Los pacientes tienen percepción positiva de enfermería con valoraciones superiores al 95 % en ítems como si "el personal de enfermería le escuchó el tiempo adecuado" ó "el trato dispensado por el personal de enfermería ha sido correcto".

El estudio nos ha permitido identificar al espacio físico, horarios de pase de visita e información médica como las mayores carencias que han percibido los pacientes ingresados.



ID: 01376

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **FOMENTANDO EL DESARROLLO PROFESIONAL ENFERMERO MEDIANTE LA FORMACIÓN CONTINUADA**

M<sup>a</sup> Antonia Serra Barril, Raquel Azor Portoles, Anna Duran Adan, Carmen Garzón Serrano, Sonia Abenia Chavarria, Marc García Casellas

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA  
L'HOSPITALET

### **INTRODUCCIÓN**

El Institut Català d'Oncologia (ICO) es un centro monográfico de cáncer que impulsa la formación continuada, promueve la mejora constante y la actualización de conocimientos. Los profesionales de enfermería requieren de herramientas de aprendizaje para su desarrollo profesional y competencial dirigidas al cuidado del enfermero onco-hematológico. La formación continuada plantea cada año una valoración de las necesidades formativas de los profesionales. En el 2018 se apostó por realizar una parte de la formación presencial de forma *online*. Los contenidos se elaboraron por el equipo de la dirección de cuidados con el soporte de la unidad de formación.

### **OBJETIVOS**

Describir el programa de formación continuada para enfermeros del ámbito oncológico en 2018 y el grado de satisfacción en relación a la formación *online*. \*Conocer el número de profesionales formados. \*Evaluar la actividad formativa. \*Conocer la opinión sobre las necesidades formativas expresadas por los profesionales.

### **METODOLOGÍA**

Análisis descriptivo de datos obtenidos a través de una encuesta de opinión online. Registro de datos de convocatoria y participación realizada

por parte del servicio de formación. Variables: tipo de formación, contenidos específicos, preferencias de formación.

### **RESULTADOS**

Completaron la formación el 88,60% de los profesionales: enfermeras (59,9%), Técnicos en Cuidados auxiliares en Enfermería (TCAES) (40,1%). Programa: 7 horas presenciales para TCAEs; 7 horas presenciales y 6 horas de formación *online* (excepto hematología, 14 horas presenciales para incluir formación específica de trasplante según criterios JACIE) para enfermeras. 2 líneas de formación: hospitalización y paciente ambulatorio. Contenidos: cuidados enfermeros específicos, sistemas de información asistenciales, habilidades en comunicación y trabajo en equipo. En relación a la formación *online* de enfermeras: 4 casos clínicos diferentes según servicio. Realizan la formación (83 %), media edad: 40,1. Valoración de la actividad, estructura, sistemática, bibliografía y evaluación: respuestas favorables (82,28%). Resultados sobre aplicabilidad, toma de decisiones, reflexión, aumento del conocimiento y expectativas: respuestas favorables (73,1%).

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los profesionales no completan la formación mayoritariamente a causa de baja laboral. El cambio de la formación presencial en horario laboral a modo *online*, facilita la organización de la actividad formativa pero no siempre es percibida de forma positiva por el profesional. Los avances científicos y tecnológicos en el ámbito hemato-oncológico hacen que la formación continuada sea de vital importancia para mantener las competencias en conocimientos, actitudes y habilidades. Conocer la opinión de los profesionales y sus necesidades formativas es esencial para adecuar los contenidos a sus demandas y expectativas.

ID: 01377

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **MEJORANDO LA SALUD DE NUESTRAS PACIENTES: RECOMENDACIONES TRAS LA CIRUGÍA DE MAMA**

Ana García Mozo<sup>1</sup>, Sandra Pol Castañeda<sup>2</sup>, Luisa Isabel Álvarez Andrés<sup>1</sup>, Sonia Gil Marí<sup>1</sup>, María Susana Flores Sánchez<sup>1</sup>, Elena Orvay Vázquez<sup>1</sup>

1) Hospital Universitario Son Espases

2) Universitat de les Illes Balears

### **INTRODUCCIÓN**

En las Islas Baleares, el cáncer de mama supone el 28% de los tumores femeninos<sup>1</sup>. Muchos de estos tumores requieren intervención quirúrgica. Existen diversos tipos de cirugía: mastectomía, cirugía conser-vadora y reconstrucción mamaria<sup>2,3</sup>. La continuidad de cuidados en el domicilio tras el alta hospitalaria es fundamental para favorecer la recuperación de las pacientes y prevenir complicaciones<sup>4,5</sup>. El linfedema y la morbilidad del hombro son las complicaciones más frecuentes<sup>2,6,7,8</sup>.

La mayoría de las pacientes demandan un alto nivel de información sobre su enfermedad y el hecho de darla tiene un efecto positivo e incrementa su propia capacidad de autocuidado, además de ser un derecho del paciente y un deber de los profesionales<sup>4,5,9,10,11</sup>.

Actualmente las pacientes son informadas por los diferentes participantes del proceso asistencial y la información varía según el profesional que la ofrece, no siendo consensuada normalmente. Por este motivo, entre los profesionales de enfermería de la unidad de Oncología y Ginecología (UH10) del Hospital Universitario Son Espases (HUSE) surgió la necesidad de revisar la documentación existente y unificar

criterios. Esta estrategia está enmarcada dentro del proyecto de investigación denominado Recomendaciones Cirugía de Mama (ReCiMa).

### **OBJETIVO**

Elaborar un programa de recomendaciones consensuado para las pacientes tras la cirugía del cáncer de mama.

### **METODOLOGÍA**

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por enfermeras, auxiliares y fisioterapeutas.

Se recopilaron todas las recomendaciones relacionadas con la cirugía de mama, existentes en el HUSE.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Google Scholar.

Se contactó con todos los profesionales implicados en el proceso: ginecólogos, cirujanos plásticos, oncólogos y enfermeras de la unidad de mama para consensuar la creación de nuevo material informativo basado en el ya existente y en la evidencia actual.

### **RESULTADOS**

Se elaboró un programa completo de recomendaciones que incluye:

- Díptico de recomendaciones de enfermería.
- Díptico de ejercicios postoperatorios.
- Video de ejercicios (acceso mediante código QR incluido en el díptico).

Los documentos han sido validados por la comisión de cuidados del HUSE.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Como profesionales sanitarios nuestro deber es ofrecer cuidados actualizados y basados en las últimas recomendaciones científicas para evitar la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de nuestros

pacientes<sup>12,13</sup>. Una paciente empoderada y adecuadamente informada identifica mejor sus necesidades y hará un uso más adecuado de los recursos asistenciales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Registro poblacional de cáncer de Mallorca [Internet]. Available from: [https://www.caib.es/sites/estrategiacancer/es/registro\\_de\\_cancer\\_de\\_mallorca/](https://www.caib.es/sites/estrategiacancer/es/registro_de_cancer_de_mallorca/)
2. Argüelles Otero L, Fernández Prieto T. Atención de Enfermería a Pacientes con Cáncer de Mama y en riesgo de desarrollar Linfedema. RqR Enfermería Comunitaria, ISSN-e 2254-8270, Vol 2, Nº 4, 2014, págs 50-69. 1986;2(4):50-69.
3. Marré D, Gantz JT, Villalón J, Roco H. Reconstrucción Mamaria: Estado Actual Del Tema. Rev Chil cirugía. 2016;68(2):186-93.
4. Herrera JA, Marlen IA, Benhumea S. Nivel de satisfacción de familiares al recibir informes de pacientes a través de videollamadas. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2018;44(1):1-16.
5. Costela-Villodres JL, Luna-Maldonado A, Guillén-Perales J, Bueno-Cavanillas A, Guillén-Solvas JF. The aim of the study is to evaluate the anxiety level in patients that will go through surgery and that were properly informed during the pre-anesthesia meeting. Actual Medica. 2017;101(799):164-70.
6. Vargas Sánchez RD, García Orellana CG. COMPLICACIONES TARDIAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA CONSERVADORA DE MAMA. 2017. p. 97.
7. Riquelme E. B, Sepúlveda P B, Vargas V X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. Rev Medica Costa Rica Y Centroam. 2015;617(4):815-35.
8. Kwong A, Sabel MS. Mastectomy: Indications, types, and concurrent axillary lymph node management. 2018. p. 17-9.
9. Ministerio de Sanidad, Igualdad, Ministerio de Servicios Sociales e. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. 2016.
10. Rodríguez Gázquez M de los Á, Arredondo Holguín E, Salamanca Acevedo YA. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). Enferm Glob. 2013;12(2):183-95.
11. González Sillas, Esperanza D, Jinez Jordán, Lourdes M. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarro Cientif Enferm. 2011;19:2010-2.
12. Almagi EB. Social support, stress and health/ Apoyo social, estrés y salud. Psicología y salud. 2014;14, 2(July 2004):237-43.
13. Rando Huluk AEK. Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? Rev Médica del Uruguay. 2016;32(1):59-67.

ID: 01378

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **COMPLICACIONES DENTALES EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE CANDIDATOS A TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS: PLANIFICACIÓN DE UNA ACCIÓN PREVENTIVA**

Cesca Llopis Puigmartí, Nazly Santos Carvajal, Silvia Mostacedo Marasovic, Yolanda González Montes

INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA GIRONA

#### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes con Mieloma Múltiple (MM) a menudo precisan tratamiento con Bifosfonatos durante un periodo de aproximadamente 2 años. Mantener unos cuidados bucales adecuados antes y durante el tratamiento podría minimizar las complicaciones asociadas al tratamiento y evitar interrupciones teniendo en cuenta que las exodoncias están contraindicadas y las endodoncias deberían ser realizadas en condiciones que aseguren la no manipulación mandibular.

#### **OBJETIVOS**

Diseñar una estrategia de acción para implantar un plan de mejora en la prevención de posibles complicaciones dentales en los pacientes con MM candidatos a tratamiento con Bifosfonatos

#### **METODOLOGÍA**

Este estudio utilizará un diseño de investigación exploratoria para posteriormente realizar un análisis del problema abarcando las siguientes líneas de acción:

- Realizar una búsqueda bibliográfica para hallar la evidencia científica con el fin de documentar las posibilidades de prevención y de las actuaciones en caso de presencia de complicaciones dentales.

- Registrar y analizar los casos de complicaciones dentales detectados en la Unidad Funcional de Mieloma del Institut Català d'Oncologia de Girona de pacientes en tratamiento con Bifosfonatos.
- Valorar las posibilidades de atención dental dentro de la asistencia sanitaria pública.
- Creación de un grupo de trabajo para diseñar la propuesta de intervención preventiva

#### **RESULTADOS**

Se presentará la propuesta a la dirección del centro para su ejecución.

#### **DISCUSIÓN**

Se ha realizado la búsqueda bibliográfica donde se ha observado que existen pocos trabajos liderados por enfermería y no se ha constatado un consenso claro sobre el tiempo a transcurrir entre los Bifosfonatos y el tratamiento de la exodoncia. Se ha hallado evidencia de la importancia de la prevención y de la conveniencia de atrasar el inicio del tratamiento de Bifosfonatos para solucionar problemas dentales existentes.

#### **CONCLUSIONES**

Enfermería desempeña un papel importante en el cuidado de los pacientes con una visión global de sus necesidades. El diagnóstico de problemas, su análisis y la planificación de acciones de prevención es posible desde la perspectiva de la enfermería de práctica avanzada. Implantar una acción de mejora en el tratamiento de los pacientes con MM desde el punto de vista de la prevención, puede minimizar la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de los cuidados. Esta propuesta podría no limitarse exclusivamente a pacientes con MM sino que podría ser extensible al resto de pacientes en tratamiento con bifosfonatos en nuestro centro.

ID: 01379

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **"NUNCA HE PUESTO UNA QUIMIO": ELABORACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE CONSULTA RÁPIDA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS**

Luisa I Álvarez Andrés, María C Díaz Díaz, María González Navarro, Paula M Rodríguez Martínez, M<sup>a</sup> Ángeles López López, Elisa Peris Vila

Hospital Universitario Son Espases

### **INTRODUCCION**

Actualmente, la mayoría de los tratamientos oncológicos se administran ambulatoriamente en hospitales de día, limitándose los ingresos en la unidad de Oncología y Ginecología (UH10) del Hospital Universitario Son Espases (HUSE). Se realizan una media de 2'4 tratamientos de quimioterapia a la semana, siendo su administración, únicamente una parte del trabajo diario. Como hospital de referencia y debido a la demanda asistencial se ocasionan frecuentes ingresos ectópicos en nuestra unidad, aumentando las áreas de conocimiento y dificultando la especialización de los profesionales. También existe alta rotación de personal carente de formación específica en el manejo de citostáticos. Esta situación, requiere que los profesionales dispongan de una herramienta de consulta rápida y sencilla sobre su manejo, con el fin de garantizar la seguridad y la calidad de los cuidados.

### **OBJETIVOS**

Elaborar una herramienta de consulta rápida con los fármacos citostáticos que se administran en UH10.

### **METODOLOGIA**

Se realizó un análisis descriptivo de la rotación del personal y los errores relacionados con la administración de

citostáticos comunicados mediante el sistema Not-i-fic durante el año 2018. Asimismo se revisaron los tratamientos administrados.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Cuiden, Pubmed y Google Scholar, seleccionando las guías y artículos relacionados con los fármacos deseados y contrastando la información con expertos del servicio de farmacia.

### **RESULTADOS**

Durante el año 2018, rotaron por nuestra unidad 88 profesionales de enfermería: nueva incorporación (menos de tres meses de experiencia) y plantilla polivalente. Estos últimos, rotan por las unidades de hospitalización y acudieron a nuestra unidad una media de 4 días al año cada uno. Esta rotación supuso que en más del 50% de los turnos hubiese un enfermero sin experiencia en el manejo de citostáticos en nuestra unidad. Se registró 1 error en el sistema.

De los 49 tipos diferentes de citostáticos administrados en el 2018 en la UH10, se escogieron los 10 más utilizados para la realización de fichas: cisplatino, carboplatino, fluorouracilo, etopósido, oxaliplatino, paclitaxel, docetaxel, adriamicina, ifosfamida, metrotexato y citarabina.

Constan de los siguientes apartados: *Descripción, indicaciones, efectos secundarios, monitorización y cuidados, extravasación, verificación y equipos de protección individual (EPIs).*

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSION**

La herramienta diseñada permite a los profesionales con menos experiencia acceder a la información que necesita sin tener que hacer una búsqueda más exhaustiva en guías y protocolos extensos. Servirá además, para reducir la variabilidad en los cuidados ofrecidos por el personal fijo.

Estas fichas se revisarán/actualizarán una vez al año.

ID: 01380

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Miscelánea

## **EMPODERAMIENTO DE LA MUJER EN EL CÁNCER DE MAMA**

M<sup>a</sup> Pilar Diez Suárez, Aurora Chao Fernández, Mónica Aurora Pérez Taboada, M<sup>a</sup> Josefa Aguiar García, Leticia Cruz González

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

### **INTRODUCCIÓN**

Dentro de los cánceres el que presenta una mayor incidencia es el Cáncer de mama, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En el año 2018 se diagnosticaron 32.825 nuevos casos de Ca de mama. Entre 2012 y 2018 ha habido un incremento del 30%.

Las mujeres empoderadas según la OMS son aquellas mujeres con capacidad para decidir, satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida.

### **OBJETIVOS**

1. Que las mujeres pasen de meras espectadoras, a ser partícipes de su enfermedad.
2. Que sean capaces de tomar sus propias decisiones a través de la información personalizada y ajustada a sus demandas.
3. Acercamiento y sensibilización a las pacientes diagnosticadas de Cáncer de mama.

### **METODOLOGÍA**

El servicio de Oncología de nuestra área de sanitaria, con la colaboración de los diferentes organismos públicos, ha organizado una serie de encuentros en los diferentes puntos de nuestra geografía sobre el empoderamiento del Cáncer de mama en las mujeres.

Las participantes del encuentro han sido mujeres en fase de diagnóstico, tratamiento o superación del Cáncer de mama.

Parte de las sesiones fueron impartidas por las propias supervivientes del Cáncer, que expusieron su vivencia del proceso de la enfermedad.

### **RESULTADOS**

Datos de participación:

- N<sup>o</sup> de envíos realizados: 642
- N<sup>o</sup> de pacientes participantes: 298

### **CONCLUSIONES**

Las mujeres valoraron positivamente estos encuentros con otros pacientes en su misma situación. Siendo de gran importancia para ellas el FORO donde fueron recogidas todas sus inquietudes, demandas y experiencias.



ID: 01381  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS: ¿QUE CONOCIMIENTOS TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERIA?**

MC Díaz Díaz, M González Navarro, PM Rodríguez Martínez, MA López López, E Peris Vila, E Orvay Vázquez

Hospital Universitario Son Espases

### **INTRODUCCION**

La administración de citostáticos es responsabilidad de las enfermeras y su manejo requiere expertía<sup>1,2</sup>. En el 2018, el 1,7% de estos tratamientos (237 citostáticos) se administraron en la unidad de hospitalización de oncología y ginecología (UH10) del Hospital Universitario Son Espases (HUSE), frente a los 13.944 que se administraron en Hospital de Día de adultos (HDDA). Los errores más frecuentes en su manejo se deben a falta de formación, cargas de trabajo e interrupciones<sup>1</sup>. La alta rotación de personal dificulta la adquisición de habilidades y conocimientos para el manejo seguro y la mayoría aprenden de manera informal de enfermeras más experimentadas<sup>3</sup>.

### **OBJETIVO**

Determinar el nivel de conocimientos sobre el manejo de citostáticos de las enfermeras que trabajan en la UH10 del HUSE.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo realizado en el HUSE durante el 2019. La población de estudio: enfermeras adscritas a la UH10 (n=20) y a la plantilla polivalente del área de hospitalización (EPV) (n=27), durante el periodo del estudio. Se utilizó un cuestionario autoadministrado *ad hoc* que recoge variables sociodemográficas y 7 ítems que analizan los conocimientos percibidos sobre: *Manejo previo de*

*citostáticos, conocimiento de sistemas de administración, esquemas de actuación, equipos de protección individual (EPIs), efectos secundarios, actuación en extravasación y ansiedad.*

### **RESULTADOS**

Con una tasa de respuesta del 100% de las enfermeras de la UH10 y un 67,5% de las EPV, obtenemos que el 100 % del personal de enfermería de UH10, manifiesta tener conocimientos sobre el manejo de los citostáticos, esquemas de actuación, sistemas de administración y EPIs, frente al 22% de los EPV que no tienen. Respecto a los efectos secundarios y extravasaciones, el 82% del personal de la UH10 manifiesta tener conocimientos sobre su manejo frente al 16% de las EPV. En cuanto a la ansiedad, un 32% y un 78% respectivamente refieren sentirse ansiosos durante la administración de citostáticos a pesar de ser enfermeros experimentados.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El cuestionario se diseñó con respuestas dicotómicas para facilitar su cumplimentación por lo que no analiza aspectos cualitativos que podrían aportar información más detallada y podríamos analizar si está relacionada con el nivel de ansiedad.

Además, se ha identificado claramente una necesidad formativa del personal menos veterano en todos los aspectos evaluados. En cuanto al personal experimentado, se identifican necesidades en aspectos como el manejo de extravasaciones y efectos secundarios, planteándonos intervenciones más concretas.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cervantes-ramírez JJ, García-velázquez M, Rivera-ponce E, Zamora-garcía A, Aguinaga-zamarrilla MDL. Diseño y validación de instrumento para evaluar la aptitud clínica de enfermería al administrar antineoplásicos. *medigraphic.com* [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 14];21(3):137-45.
2. Alcántar-Zavala MLA, Ruiz-Paloalto ML, Roldán-Reyes E. Autocuidado en preparación y manejo de citostáticos y su relación con genotoxicidad en enfermeras expuestas. *Paraninfo Digit* [Internet]. 2013;83(1):1-11.
3. González Fernández-Conde M. Guía de enfermería para el uso de fármacos antineoplásicos en tumores sólidos en oncología. Salamanca; 2017. p. 1-204.

ID: 01382

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **PLAN DE HUMANIZACIÓN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA**

Mónica Aurora Pérez Taboada, M<sup>a</sup>  
Josefa Aguiar García, Leticia Cruz  
González, M<sup>a</sup> Pilar Diez Suárez,  
Aurora Chao Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en nuestro país y se estima que en las próximas décadas alcanzará el primer puesto.

El paciente oncológico durante su proceso de enfermedad es frecuente que ingrese en la planta de hospitalización para la realización de pruebas diagnósticas, administración de tratamientos o bien para tratar alguna toxicidad o complicaciones derivadas de su enfermedad.

Tanto el paciente como la familia deben adaptarse a una nueva situación, lo que supone una redistribución de los roles familiares e integrar la enfermedad y el sufrimiento en su vida. Es por ello que se ha visto la necesidad de elaborar un programa de humanización que englobe los distintos aspectos del paciente para evitar la indefensión y nivel de ansiedad que supone el ingreso hospitalario y el afrontamiento de su enfermedad.

### **OBJETIVO**

Se pretende lograr que el paciente no sienta la despersonalización que muchas veces implica la hospitalización atendiéndolo en las distintas esferas y por distintos profesionales que puedan cubrir sus demandas atendiendo a sus preferencias y valores.

### **METODOLOGÍA**

El plan de humanización se basó en la puesta en marcha de varios proyectos que forman parte de un plan global en el que se incluyen tanto a pacientes como a familiares y al personal sanitario que presta sus servicios en la planta de oncología:

1. Mejora estructural de la sala de pacientes
2. Hola conóceme
3. Atención psicológica a pacientes, familiares y personal
4. Taller de arte, emoción y cuidados
5. Taller de movimiento
6. Voluntariado
7. Acompañamiento espiritual

### **DISCUSIÓN**

La humanización del servicio debe ir acorde con el tratamiento médico del paciente valorando su capacidad y disponibilidad a la hora de aceptar las distintas actividades y servicios que se ofrecen en la planta

### **RESULTADOS**

Diversos estudios sobre la satisfacción de pacientes tratados en plantas de hospitalización de oncología refieren que la disponibilidad de espacios "amables" y actividades lúdicas o de tratamiento de la esfera espiritual ha contribuido a mejorar y desdramatizar su ingreso hospitalario

### **CONCLUSIONES**

Los pacientes y familiares han acogido favorablemente los distintos proyectos, que encuentran espacios en los que expresarse y compartir su vivencia así como su manera de afrontar la enfermedad; lo que les ayuda a vivir la experiencia de la hospitalización de una manera diferente y con unos recursos y unos profesionales adaptados a sus necesidades.

ID: 01384

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **EFFECTOS SECUNDARIOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE LUTECIO 177-DOTATATE EN PACIENTES CON TUMORES NEUROENDOCRINOS AVANZADOS**

María García Llano, Pilar De la Fuente Gutiérrez, Silvia Escribano Agudo, Eva María Aguado Gallego, Vicenta Fernández Quiles, Verónica Trápaga Porrero

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

### **INTRODUCCIÓN**

Los tumores neuroendocrinos (TNEs) constituyen un conjunto de enfermedades neoplásicas de gran heterogeneidad clínica, bioquímica y biológica. Pueden originarse en células neuroendocrinas de una amplia distribución anatómica, y pueden sintetizar y excretar hormonas polipéptidas, clasificándose como "tumores funcionantes".

Algunas células tumorales expresan unos receptores para una molécula muy específica, la somatostatina, por ello se han creado péptidos muy similares (DOTATATE) que presentan afinidad con el Lutecio 177 (Lu 177).

El Lu 177 es un radioisótopo que emite radiación beta que destruye localmente las células tumorales en un radio de acción muy corto (2mm).

Lu 177-DOTATATE se administra mediante perfusión intravenosa simultáneamente con perfusión de aminoácidos.

### **OBJETIVOS**

Analizar los efectos secundarios que se producen durante la administración de Lu 177-DOTATATE y en las semanas posteriores a la administración, en pacientes con TNEs avanzados o metastásicos no tributarios de resección quirúrgica, que expresen receptores de la somatostatina.

### **MÉTODOS**

Estudio descriptivo. Se incluyen un total de 13 pacientes con TNEs que expresan receptores de la somatostatina, con enfermedad avanzada, que reciben tratamiento en nuestra unidad, desde abril de 2016 hasta diciembre de 2018, sometidos a un total de 4 ciclos de 7.4 GBq (200 mCi) de Lu 177- DOTATATE separados en 8-10 semanas.

Se analizan los efectos adversos que se producen durante la infusión (náuseas, vómitos, cefaleas y alteración hemodinámica) y los efectos adversos que se producen en las semanas posteriores (toxicidad renal, toxicidad hematológica, náuseas, vómitos y astenia).

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Durante la infusión del tratamiento, un 71% de pacientes ha presentado náuseas, un 22% ha presentado vómitos, un 2% ha presentado alteración hemodinámica (hipotensión y taquicardia) y en ningún caso ha presentado cefaleas.

En las semanas posteriores al tratamiento, un 47% ha presentado náuseas, un 26% ha presentado vómitos, un 43% ha presentado astenia, un 4.2% ha presentado datos de ligera toxicidad renal (creatinina en límite bajo) y un 8.5% ha presentado datos de ligera toxicidad hematológica (linfopenia, plaquetopenia)

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, podemos afirmar:

- Los efectos secundarios gastrointestinales durante la infusión del tratamiento son muy frecuentes.
- La administración de Lu 177-DOTATATE es una forma segura de tratamiento.
- La tolerancia global al tratamiento es muy buena.

ID: 01385

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **PROTOCOLO ASISTENCIAL EN BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA DE DOSIS EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA**

María García Llano, Silvia Escribano Agudo, Verónica Trápaga Porrero, Pilar De la Fuente Gutiérrez, Eva María Aguado Gallego, Vicenta González Quiles

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer de próstata es el tumor más frecuente en varones. Gracias a los progresos de screening y cribado, la mayoría de casos se diagnostican en estadios precoces de la enfermedad.

La braquiterapia de baja tasa de dosis es un procedimiento mínimamente invasivo que permite el tratamiento del cáncer de próstata mediante la implantación de semillas de yodo radiactivas (I-125) en la próstata, guiado con ecografía transrectal, vía transperineal. Está indicada en monoterapia en pacientes con cáncer de próstata de riesgo bajo o intermedio bajo y como técnica de sobreimpresión tras radioterapia externa en el resto.

Es un procedimiento seguro, con una tasa de complicaciones menor en relación a la cirugía y la radioterapia externa.

### **OBJETIVOS**

Elaborar un protocolo para garantizar la correcta atención al paciente, a fin de minimizar los riesgos derivados del proceso y asegurar la protección radiológica del personal expuesto.

### **MÉTODOS**

Elaboración del protocolo que se divide en tres fases:

**Preoperatorio:** en esta fase se realiza la selección de pacientes idóneos, la evaluación del riesgo anestésico y la prevención de efectos a nivel gastrointestinal y urinario. Se solicitan, reciben, almacenan y verifican las semillas de I-125.

**Intraoperatorio:** anestesia raquídea, preparación del campo quirúrgico, adquisición de imágenes por ecografía transrectal para reconstrucción anatómica 3D, planificación dosimétrica y previa aceptación de esta, montaje de los trenes de semillas, inserción de agujas, implantación en el paciente y posterior verificación.

**Postoperatorio:** verificación del número de semillas sobrantes y almacenaje. TAC de verificación en el que se comprueba la ausencia de áreas mudas. Vigilancia y monitorización del paciente postprocedimiento y pautas domiciliarias a seguir.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Es esencial una integración y definición de las tareas específicas de cada miembro del equipo multidisciplinar que participa en el procedimiento.

La existencia de un protocolo mejora la calidad de la atención del paciente y la protección del personal implicado. Es necesario un personal entrenado, con la formación adecuada y con experiencia en este tipo de tratamiento.

ID: 01386

Tipo: Póster

Área temática: Miscelánea

## **QUIMIOTERAPIA EN DESENSIBILIZACIÓN. NORMALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Silvia Almacellas Gómez, M. Teresa Méndez Feliu, Domenec Farré Oliva, Claudia Farré Esqué, Ingrid Florejachs Codorniu, Aurora Del Pino Morente

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE  
VILANOVA DE LLEIDA

### **INTRODUCCIÓN**

El protocolo de desensibilización está basado en la reintroducción gradual de pequeñas cantidades del fármaco causante de la reacción, administrándolo en un periodo de tiempo más prolongado y hasta alcanzar la dosis terapéutica pautada. Es importante destacar que la desensibilización a un medicamento está indicada en situaciones donde el fármaco es el más adecuado para su patología.

En 2015 realizamos en el servicio de Oncohematología nuestra primera administración de quimioterapia en pauta de desensibilización.

Cuando se ha producido una reacción de hipersensibilidad al agente citostático, en nuestro caso Carboplatino y Bevacizumab y el facultativo de referencia considera que es la mejor alternativa de tratamiento, se inicia el procedimiento de la quimioterapia en desensibilización.

Para realizar el proceso se inicia un circuito en colaboración de tres servicios:

- Oncología médica y personal de Enfermería oncohematológica
- Alergología (El servicio de Alergología está en otro centro hospitalario)
- Oncofarmacia.

### **OBJETIVOS**

- Demostrar como la Enfermería es capaz de asumir nuevos retos en los cuidados para el desarrollo de la profesión.
- Garantizar los cuidados de enfermería durante la administración
- Transmitir seguridad a los pacientes.
- Administración segura del fármaco.

### **METODOLOGIA**

Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de los tratamientos de desensibilización quimioterápica realizados en la unidad de Oncohematología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. La obtención de datos se basa en los registros que realiza enfermería durante la administración del tratamiento y tras una reacción de hipersensibilidad. Tomada la decisión, se pone en marcha el protocolo establecido por el equipo multidisciplinar.

### **RESULTADOS**

Número de pacientes: 6

Fármacos a desensibilizar: 2

- Carboplatino: 4 pacientes han finalizado los 6 ciclos sin incidencias, 1 paciente se suspendió al 3º ciclo por intolerancia al fármaco.
- Bevacizumab: 1 paciente ha finalizado los 6 ciclos sin incidencias.

### **CONCLUSIONES**

A pesar de haber sufrido una reacción de hipersensibilidad, un elevado número de pacientes ha podido recibir el tratamiento más adecuado para su patología, basada en una pauta de desensibilización

Con la utilización de este protocolo, se consigue alcanzar una tolerancia del paciente al fármaco, permitiendo así su administración.

ID: 01387

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **PROYECTO: IMPLANTACIÓN DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA ONCOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Julia Salvador Lodosa, Raquel Álvarez García, Carme Grau Massanes, Verónica Naranjo García

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

### **INTRODUCCIÓN**

La enfermera es la profesional que cuida al paciente oncológico y familia, desde una perspectiva biopsicosocial en cada una de las diferentes etapas del proceso asistencial.

En nuestro hospital de tercer nivel existen diferentes equipos de enfermería que atienden al paciente oncológico y familia durante su proceso asistencial. En la unidad de hospitalización nos encontramos con pacientes complejos que precisan de unos cuidados específicos. Ante ello, es preciso disponer de una enfermería de práctica avanzada (EPA) que ofrezca atención directa al paciente complejo, trabajando con-juntamente con la enfermería asistencial y el equipo interdisciplinario.

### **OBJETIVOS**

General: Definir las competencias de la EPA del paciente oncológico hospitalizado en nuestro hospital de tercer nivel.

Específicos: \*Identificar las competencias y funciones de la EPA oncológica. \*Identificar la población diana. \*Identificar indicadores de evaluación.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión bibliográfica en base de datos (PubMed, Cuiden, Cuidatge, Elsevier) en castellano, inglés y francés, con las palabras clave: enfermera práctica avanzada, Practioner Nurse, oncology

nursing, pratique, infirmiere, avancée.

Reunión de expertos: se establecieron reuniones semanales de 45 minutos de duración durante el mes de febrero del 2019.

### **RESULTADOS**

Se definió el perfil de la EPA oncológica que por su competencia y amplia experiencia en el cuidado del paciente oncológico realiza los cuidados basándose en la evidencia científica. A su vez, se identificaron los indicadores de resultados para evaluar su actividad profesional; la población diana y el área de influencia de su intervención.

### **DISCUSIÓN**

A diferencia de otros hospitales donde la implantación de la EPA interviene en todo el proceso asistencial del paciente, nosotros planteamos su incorporación en el cuidado del paciente hospitalizado. Posteriormente a su implantación, nos planteamos realizar un estudio para conocer el grado de satisfacción de los pacientes/familia, y de los profesionales del equipo interdisciplinario.

### **CONCLUSIONES**

Definir las competencias de la EPA oncológica dentro del equipo de enfermería que atiende al paciente oncológico complejo hospitalizado y familia, contribuirá a mejorar su atención, ofreciendo unos cuidados en base a las recomendaciones de buenas prácticas clínicas.

A través de su rol de colaboración ayudará a mejorar la coordinación entre el equipo interdisciplinario facilitando la comunicación y estableciendo mejoras en los circuitos. La formación de nuevos profesionales y la actualización del conocimiento, contribuirán a mejorar su satisfacción impactando directamente en las intervenciones que realicen al paciente y/o familia.



ID: 01389

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **ANÁLISIS PROSPECTIVO DE 1048 ACCESOS VENOSOS CENTRALES CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO**

Ana María Palacios Romero, Hugo Arasanz Esteban

Complejo Hospitalario de Navarra

### **INTRODUCCIÓN**

La administración de fármacos potencialmente vesicantes, el limitado acceso venoso periférico del paciente y la necesidad de quimioterapia en infusión continua ambulatoria son las principales indicaciones para la implantación de accesos venosos centrales con reservorio subcutáneo (AVC-RS).

### **OBJETIVOS**

Evaluar la duración y las complicaciones asociadas de los AVC-RS en el CHN.

Analizar la asociación del modelo de reservorio, lugar de implantación y quimioterápicos perfundidos.

### **METODOLOGÍA**

Se han recogido de forma prospectiva los datos de 1048 catéteres entre agosto de 2015 y diciembre de 2017. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS®. 25.

La duración mediana de los AVC-RS se analizó con el estimador de Kaplan-Meier, y las diferencias entre los diferentes grupos se han comparado utilizando el test log rank.

Las diferencias en las tasas de complicaciones de los diferentes subgrupos se han evaluado utilizando el test de comparación de proporciones.

### **RESULTADOS**

Se colocaron 596 AVC-RS en extremidad superior izquierda (E.S.I.), 150 en extremidad superior derecha (E.S.D.), 27 en tronco izquierdo (T.I.) y 167 en tronco derecho (T.D.)

La distribución mayoritaria fue el 60,5% en tumores digestivos y 27,6 % en cáncer de mama.

La duración mediana del reservorio fue de 26,2 meses para ESI, 28,7 para TI, y 29,7 para TD con diferencias significativas entre ESI y TI y entre TI y TD. Según la patología fue: 12,1 meses en genitourinario, en pulmón 16,4 meses, en digestivo 33,2 meses y 19,7 meses en cáncer mamario ( $p < 0,001$  entre digestivo y genitourinario y  $p < 0,001$  entre mama y digestivo, y  $p < 10^{-114}$  entre genitourinario y mama).

La tasa de complicaciones fue del 9%, siendo la trombosis la más frecuente (6%). En cuanto a ésta, las diferencias fueron significativas entre patología digestiva y cáncer de mama (4,2% frente a 9,6 respectivamente,  $p = 0,013$ ). Con respecto a su localización se hallaron más trombosis en ESD que en TD (11,3% frente al 1,3%,  $p = 0,003$ ). Hubo mayor incidencia en catéter braquial frente a torácico (7,1% vs 1,4%  $p < 0,05$ ), y de rotura, sin embargo, en localización torácica frente a braquial (2,9% vs 0,4%,  $p < 1,05$ ).

### **CONCLUSIÓN**

Existen diferencias respecto al mantenimiento de los AVC-RS entre las distintas patologías, con una mayor duración en tumores digestivos, lo que parece apoyar la seguridad de la administración de 5-fluorouracilo a través de estos dispositivos.

Respecto a las complicaciones observadas, la menor incidencia de trombosis en los AVC-RV torácicos apoya la utilización preferente de estos dispositivos en tumores más trombogénicos.

ID: 01390

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **DETERIORO QUIMIOINDUCIDO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA**

Blanca Rodríguez Martín, Juan Jesús Cruz Hernández, María Isabel Rihuete Galve

SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

### **INTRODUCCIÓN**

Según reflejan los estudios el deterioro cognitivo quimioinducido es una realidad presente entre el 15 y el 50% de los enfermos oncológicos, que podría verse aumentado por factores emocionales y psicosociales.

### **OBJETIVOS**

El objetivo fue estudiar la influencia de la quimioterapia sobre el estado cognitivo de las pacientes con cáncer de mama locoregional. Y ver si variables como la anemia, el estado emocional o la menopausia favorecen este hecho.

### **MÉTODO**

Se realizó un estudio analítico, prospectivo, longitudinal de tres medidas, unifactorial intrasujeto, no probabilístico y de asignación accidental.

La muestra de 174 mujeres procedió del Servicio de Oncología Médica del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Formado por mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama locoregional en estadios I, II, IIIA que iban a recibir tratamiento de quimioterapia.

Fueron incluidas en el estudio mujeres mayores de 18 y menores de 85 años, con cáncer de mama en estadios II, III y IIIA, que iban a recibir tratamiento con quimioterapia en el Complejo Asistencial Universitario de Salaman-

ca y que firmaran el consentimiento informado. Fueron excluidas las que habían tenido tratamiento previo de quimioterapia, presentarán daño cerebral adquirido, insomnio clínico o hubieran sido diagnosticadas de toxicomanía en el pasado.

Las variables estudiadas fueron: velocidad de procesamiento evaluado mediante el subtest Clave de números (escala Weschler), ansiedad y depresión (escala HAD) y la anemia evaluado por la hemoglobina.

Para el análisis estadístico de los resultados se realizó con el paquete estadístico IBM-SPSS Statistics-19; utilizando las pruebas Anova Intra o de medidas repetidas; Anova de un factor Inter, y t de Student de diferencia de medias de muestras independientes.

### **RESULTADOS**

El rendimiento cognitivo de las pacientes empeoró significativamente con respecto a la situación basal (M=44.15), siendo mayor el deterioro durante el tratamiento (M= 38.32) Las pacientes con anemia presentaron peor rendimiento cognitivo (M=35.72) frente a aquellas con nivel de hemoglobina normal (M=61.00). Pacientes con ansiedad y depresión evaluados mediante el cuestionario HAD (M=133.49) puntuaban peor que las que tenían un estado emocional normal (M=93.33). Finalizado el tratamiento el rendimiento mejora. Las postmenopáusicas (M=34.47) presentaban peor rendimiento cognitivo que las premenopáusicas (M=41.47).

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El deterioro quimioinducido se produjo en la mayoría de pacientes acentuándose a medida que avanzaba el tratamiento. La anemia, menopausia o un estado emocional deprimido y/o ansioso aumentaron el deterioro cognitivo. Esto coincide con la mayoría de estudios revisados.

ID: 01391

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **TRAZABILIDAD EN LA PREPARACIÓN DE FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS Y BIOLÓGICOS EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA DE UN SERVICIO DE FARMACIA**

Ana Isabel Viñarás Fragueiro, Ana Rosa Mateos Jiménez, Rosario Fernández-Mota Gracia, Cristina Jaén Julián, Carlota Vinués Salas

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

### **INTRODUCCIÓN**

El tratamiento de los pacientes oncohematológicos ha evolucionado significativamente. Su preparación se ha hecho más compleja: nuevos fármacos (biológicos), más protocolos, más pacientes y tratamientos más prolongados. Además hay que asegurar que el contenido de la preparación sea correcto cualitativa y cuantitativamente, y reducir el riesgo ocupacional del personal.

Los errores en esta medicación son especialmente graves tanto por exceso (toxicidad) como por defecto (menor eficacia) y es necesario un sistema de prescripción electrónica y la monitorización de todo el proceso. Por ello se están incorporando sistemas de trazabilidad que minimizan potenciales errores.

Estos sistemas aportan:

- Identificación inequívoca del producto: principio activo, lote, caducidad y concordancia con la prescripción (código bidimensional (CB)).
- Exactitud en la dosificación (gravimetría)
- Registro de las operaciones realizadas, fecha, hora y profesional que elabora la preparación.
- Identificación inequívoca del producto final y del paciente a quién va destinado.

La trazabilidad permite reconstruir todo este proceso, desde que se

reciben los viales hasta la administración. Asegura la concordancia de lo prescrito con lo elaborado, permite detectar los errores y corregirlos sin que lleguen al paciente. Conocer y trabajar con este sistema permite a enfermería garantizar la calidad y seguridad de las preparaciones.

### **OBJETIVO**

Describir el sistema de trazabilidad utilizado en el laboratorio de farmacia de nuestro hospital y los tratamientos realizados el último trimestre.

### **MATERIAL Y RESULTADOS**

- Programa Oncowin®. En la pantalla aparecen líneas de pacientes y su tratamiento. La línea varía de color en función del estado en que se encuentre el tratamiento.
- Trazascan® (aplicación informática de acceso con clave personal).
- Reetiquetado de la medicación que no lleve un CB. Realizado por el técnico de farmacia.
- Doble validación del Reetiquetado por enfermería.
- Elaboración de las preparaciones con Trazascan®. En la sala de preparación se cuenta con herramientas de apoyo: ordenador en la cabina de seguridad biológica, balanza y lector CB. La enfermera selecciona el paciente y el fármaco a preparar. El sistema pide leer el suero con el lector y pesarlo, los viales del fármaco e indica la cantidad a cargar y una nueva pesada. La preparación queda registrada en Oncowin®.
- Entre 1/10 y 31/12/2018 se prepararon con trazabilidad total 11.375 preparaciones (98,8% del total).

### **CONCLUSIONES**

El sistema de trazabilidad que utilizamos en nuestro servicio garantiza la exactitud en la preparación de los medicamentos prescritos y dispone de mecanismos para detectar los errores potenciales.

ID: 01392

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Miscelánea

## **DONES EN ACTIU (MUJERES EN ACTIVO) PACIENTES Y PROFESIONALES EN BUSCA DEL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.**

Raquel Álvarez García<sup>1</sup>, Ariadna García Rodríguez<sup>2</sup>, Verónica Naranjo García<sup>1</sup>, Lorena Trejo Espada<sup>2</sup>, Elizabeth Melchor Ubach<sup>3</sup>, Jorge Hernando Cubero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona).

<sup>2</sup>Unidad de Investigación y Terapia Molecular Vall d'Hebron Institute of Oncology (Barcelona).

<sup>3</sup>Asociación Dones en Actiu.

### **INTRODUCCIÓN:**

Existe una creciente necesidad entre los pacientes oncológicos de establecer vínculos para abordar problemas específicos de la población. El fácil acceso a la información gracias a las nuevas tecnologías ha generado un cambio del perfil del paciente, con una mayor demanda de información e implicación en la toma de decisiones.

### **OBJETIVO**

**GENERAL:** Crear una red de soporte para pacientes oncológicos a través de la colaboración directa con los profesionales sanitarios en el servicio de oncología del Hospital Vall d'Hebron.

### **ESPECIFICOS:**

1. Conocer y detectar por parte del equipo oncológico las necesidades no declaradas de pacientes, a nivel sanitario y psico-emocional.
2. Mejorar la comunicación entre paciente y profesionales para la toma de decisiones.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Se crea a un pequeño grupo de pacientes jóvenes que se organizan en forma de Asociación de pacientes ("Dones en Actiu") sirviendo de conexión entre profesionales y pacientes.

2. Se forma un grupo estable de profesionales sanitarios y otros ámbitos, con inquietud de proporcionar un cuidado integral al paciente oncológico, con reuniones cada jueves.
3. El equipo multidisciplinar junto a la Asociación crea un programa formativo para dar respuesta a las necesidades identificadas por los pacientes, al que pueden asistir pacientes, familiares y otros profesionales. Al finalizar las sesiones se realiza cuestionario de satisfacción a los participantes.
4. Cada tres meses se realizarán cuestionarios de calidad de vida para conocer si existe mejora en la gestión de la enfermedad.

### **RESULTADOS:**

1. Creación "Dones en actiu" una asociación de colaboración entre pacientes, enfermeros, coordinación de ensayos y oncólogos donde hay una comunicación directa entre profesionales y pacientes-
2. Inicio del Grupo de soporte con reuniones cada dos semanas dirigidas y coordinadas por el grupo de profesionales colaborador donde los pacientes comparten sus experiencias.
3. Se organiza una "Escuela de pacientes" el último miércoles de cada mes, con un programa formativo donde se llevan a cabo charlas educativas.
4. A final de 2019 se revisarán los resultados de los test de calidad de vida.

### **CONCLUSIONES:**

La creación de la red de soporte ha favorecido la comunicación pacientes/profesionales proporcionando un canal directo de intercambio de información pudiendo abordar preocupaciones, aspectos psicológicos, emocionales y/o sociales que no quedaban bien cubiertos, promoviendo un cuidado integral.

ID: 01393

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO EN TRATAMIENTO CON CITOSTÁTICOS**

MO Rodríguez Martín, ME Rey Gallardo, MF Gutiérrez Roldán, MH Enríquez Delgado, RM García Morcillo, RM Alonso Cuenca

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes en tratamiento con citostáticos pueden tener necesidades comunes que requieren una actuación semejante, por lo que se elaboran planes de cuidados estandarizados, a juicio de los profesionales y de acuerdo a sus experiencias anteriores.

### **OBJETIVOS**

Conocer la pertinencia de establecer un Plan de cuidados estandarizado (PCE). Identificar el Plan de cuidados óptimo a estandarizar.

### **METODOLOGÍA**

Se realizó un muestreo por conveniencia teniendo en cuenta que la experiencia del personal de enfermería de la UGC de oncología fuese al menos de un año. Se llevó a cabo una Investigación Acción Participativa para la identificación de un plan de cuidados estandarizado del paciente oncológico hospitalizado en tratamiento con citostáticos, teniendo en cuenta las fases correspondientes. Se sensibilizó al resto del equipo sobre la viabilidad del Plan De Cuidados Estandarizado, mediante búsquedas bibliográficas, discusión y elaboración de planes a modo de ensayo. Se realizaron asambleas participativas con técnica de grupo nominal y DAFO. Se expusieron casos clínicos y discusión conjunta de diagnósticos,

objetivos e intervenciones. Se elaboró un mapa de diagnósticos, objetivos e intervenciones según el modelo Área. Se llegó a un compromiso con la dirección de enfermería del Hospital y la supervisora de la unidad para incluir en el programa informático (Diraya Cuidados) el Plan de Cuidados Estandarizado elegido.

### **RESULTADOS**

Análisis DAFO (Debilidades Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) sobre la viabilidad del PCE: Debilidades: Adjudicar diagnósticos incorrectos. Amenazas: Registro de cuidados no realizados. Fortalezas: Optimizar el tiempo invertido. Unificar criterios diagnósticos. Eliminar variabilidad en las intervenciones y resultados. Conocimiento más específico de los cuidados. Oportunidades: Realizar una correcta derivación a Primaria y otros profesionales. Anticiparse a los efectos secundarios del tratamiento citostático. Actualizar etiquetas diagnósticas.

Diagnósticos NANDA: Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral (00247) y afrontamiento ineficaz (00069). Objetivos NOC: Detección y control del riesgo y afrontamiento de problemas. Intervenciones NIC y Requerimientos: Mantenimiento de la salud bucal, Manejo de la quimioterapia, Enseñanza procedimiento/tratamiento, Aumentar afrontamiento, Apoyo emocional, Potenciación de la autoestima, Manejo de las náuseas y Vigilancia.

### **CONCLUSIONES**

1. Los aspectos positivos del DAFO dejan clara la pertinencia de elaborar un Plan de cuidados estandarizado para el paciente oncológico hospitalizado con tratamiento citostático y la oportunidad de actualizar diagnósticos.
2. Se identifican mayoritariamente diagnósticos de riesgo y de afrontamiento, con sus correspondientes resultados e intervenciones.



ID: 01394

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **DIFERENCIAS EN CALIDAD DE VIDA Y AFECTIVIDAD EN PERSONAS CON CÁNCER DE MAMA, COLON Y PULMÓN DURANTE EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE AMBULATORIA**

Ainhoa Ulibarri Ochoa<sup>1</sup>, Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana<sup>1</sup>, Pilar Sanz Osés<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Esther Hernández Santos<sup>3</sup>, Carlos Peña Tejera<sup>4</sup>, Aitziber Larraioz Usabiaga<sup>5</sup>

1) Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Vitoria-Gasteiz (Álava) 2) Hospital Universitario Cruces. Hospital de día de oncología. Baracaldo (Vizcaya) 3) Hospital Galdakao-Usansolo. Hospital de día de oncología. Galdakao (Vizcaya) 4) Hospital Universitario de Álava-Sede Txagorritxu. Hospital de día de oncología. Vitoria-Gasteiz (Álava) 5) Instituto Onkologikoa de Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa)

### **INTRODUCCIÓN**

La quimioterapia puede afectar de forma diferente a la calidad de vida (CV) y bienestar emocional de personas con diferente localización tumoral.

### **OBJETIVOS:**

(1) Valorar si existen diferencias en la CV y afectividad en función de la localización tumoral al inicio de la quimioterapia adyuvante ambulatoria; (2) si estas diferencias cambian durante el tratamiento; y (3) si la aparición de diferentes efectos secundarios puede repercutir en estas variables.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo longitudinal multicéntrico aprobado por el CEIC-E y desarrollado en cuatro hospitales de

día oncológicos de Euskadi con 247 personas con tres tipos de cáncer (mama, colon y pulmón) en tratamiento con quimioterapia adyuvante ambulatoria y con dos tiempos de medida (inicio-T1 y final-T2 del tratamiento). La CV se valoró con el SF-12v2<sup>1,2</sup>, la afectividad con el PNA<sup>3,4</sup> y los efectos secundarios con una escala ad hoc a partir del CTCAEv4.03<sup>5</sup>. Se utilizó el análisis de varianza de medias repetidas para comparar los grupos en T1 y T2 en función de la localización tumoral, ajustados por sexo y edad. Las diferencias se estimaron mediante análisis post-hoc utilizando el test de Tukey. Se calculó el tamaño del efecto (*d* de Cohen) para los contrastes entre pares de medias inter e intra-grupos. El efecto de la quimioterapia sobre la CV y afectividad se estimó a través de modelos de regresión múltiple.

### **RESULTADOS**

Al inicio de la quimioterapia el grupo de pulmón mostró peor Componente Sumario Físico (CSF) y peor afectividad positiva y negativa ( $P < .05$ ). Al final del tratamiento, el estado de las personas con cáncer de mama y colon empeoró, si bien el grupo de pulmón mantuvo cierta estabilidad, aunque siguió siendo el más vulnerable. La intensidad de los efectos secundarios fue significativa para el CSF ( $r = -0.13$ ,  $P = .035$ ), con una reducción en la afectividad positiva ( $r = -0.17$ ,  $\beta = -0.16$ ) y un incremento en la afectividad negativa ( $r = 0.15$ ,  $\beta = 0.14$ ).

### **DISCUSIÓN**

Este es, según nuestro conocimiento, el primer estudio longitudinal que evalúa de manera paralela la CV y afectividad de forma comparativa por localización tumoral. El estudio complementario de la afectividad permitió revelar diferencias relevantes en el estado emocional no apreciables con el SF-12.



## CONCLUSIONES

Este estudio pone de manifiesto la necesidad de proveer apoyo emocional diferenciado por localización tumoral, con especial atención a las personas con cáncer de pulmón. Además, los cambios mostrados con el PNA ponen de manifiesto la necesidad de complementar los estudios sobre CV con instrumentos más sensibles para la valoración del estado emocional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996; 34(3): 220-233.
2. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin*. 2008; 130(19): 726-735.
3. Warr P, Barter J, Brownbridge G. On the Independence of Positive and Negative Affect. *J Pers Soc Psychol*. 1983; 44(3): 644-651.
4. Páez D, Echebarría A, Villarreal M. Teorías psicológico-sociales de las emociones. En: Echebarría A, Páez D, eds. *Emociones: perspectivas Psicosociales*. Madrid: Editorial Fundamentos; 1989. p. 43-140.
5. NCI (National Cancer Institute). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v4.03. [sede Web]. USA: NCI; 2010 [actualizada el 3 de enero de 2018; acceso 2 de marzo de 2012]. Disponible en: [https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic\\_applications/ctc.htm](https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm)

ID: 01395

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **EL PAPEL DE LA RESILIENCIA Y EL AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DEL BIENESTAR EN PERSONAS CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE AMBULATORIA**

Ainhoa Ulibarri Ochoa<sup>1</sup>, Ioseba Iraurgi Castillo<sup>2</sup>, Patricia Macia Guerrero<sup>2</sup>, Rosario García Ortega<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> Begoña Sánchez Molano<sup>4</sup>, Begoña Benito Ibarrondo<sup>5</sup>

1) Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Vitoria-Gasteiz (Álava) 2) Universidad de Deusto. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Bilbao (Vizcaya) 3) Hospital Universitario Cruces. Hospital de día de oncología. Baracaldo (Vizcaya) 4) Hospital Galdakao-Usansolo. Hospital de día de oncología. Galdakao (Vizcaya) 5) Hospital Universitario de Álava-Sede Txagorritxu. Hospital de día de oncología. Vitoria-Gasteiz (Álava)

### **INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama se considera una experiencia de vida estresante que puede derivar en problemas emocionales<sup>1</sup>. Algunos recursos como la resiliencia<sup>2</sup> y el afrontamiento<sup>3</sup> pueden ayudar a enfrentar este tipo de situaciones y contribuir al bienestar psicológico.

### **OBJETIVOS**

Investigar el papel de la resiliencia y el afrontamiento en el bienestar psicológico de personas con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia adyuvante ambulatoria a través de un modelo de ecuación estructural, basándonos en el modelo previamente testado por Mayordomo et al<sup>4</sup> con población normativa.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo longitudinal multicéntrico aprobado por el CEIC-E y desarrollado entre enero de 2013 y enero de 2014 en cuatro hospitales de día oncológicos de Euskadi con 166 personas con cáncer de mama, al inicio (T1) y final (T2) del tratamiento con quimioterapia adyuvante ambulatoria. La resiliencia, el afrontamiento y el bienestar psicológico se valoraron con las escalas RESI-M<sup>5</sup>, FAD<sup>6</sup> y Ryff<sup>7,8</sup>, respectivamente. Se utilizó estadística descriptiva (M y DT) con el software SPSSv22<sup>9</sup> para calcular las variables de resiliencia y afrontamiento (VI) y el bienestar (VD). Se utilizó un modelo de ecuación estructural para testar los efectos entre los constructos, mediante el programa EQS 6.1<sup>10</sup>. El modelo previamente propuesto por Mayordomo et al<sup>4</sup> fue reproducido en personas con cáncer de mama de forma longitudinal (T1 y T2). Se realizó un modelo predictivo a través de un modelo de regresión jerárquica.

### **RESULTADOS**

Los resultados mostraron estabilidad en las variables a lo largo del tiempo y reflejaron algunas diferencias con respecto al modelo de Mayordomo et al<sup>4</sup>. El mejor predictor del bienestar en T2 fue el bienestar en T1. La resiliencia, a través del afrontamiento centrado en el problema, generó un impacto directo en el bienestar. La resiliencia y el afrontamiento centrado en el problema fueron los que mejor explicaron el bienestar en T2.

### **DISCUSIÓN**

Estos hallazgos son consistentes con otros estudios que muestran que el afrontamiento centrado en el problema puede predecir el bienestar en personas con cáncer<sup>11,12</sup>. Por el contrario, ciertas estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se han relacionado con riesgo potencial de distrés emocional en

personas con cáncer de mama avanzado<sup>13,14</sup>. Min et al<sup>15</sup> confirman el efecto de la resiliencia en la disminución del estrés emocional en personas con cáncer.

## CONCLUSIONES

Es importante promover el afrontamiento centrado en el problema y la resiliencia como objetivo en las intervenciones psicosociales en personas con cáncer de mama.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Silva SM, Crespo C, Canavarró MC. Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychol Health*. 2012; 27: 1323-1341.
2. Deshields TL, Heiland MF, Kracen AC, Dua P. Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psychooncology*. 2016; 25: 11-18.
3. Smorti M. Adolescents' struggle against bone cancer: an explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. *Eur J Cancer Care*. 2012; 21: 251-258.
4. Mayordomo T, Viguer P, Sales A, Satorres E, Meléndez JC. Resilience and coping as predictors of well-being in adults. *J Psychol*. 2016; 150: 809-821.
5. Palomar J, Gómez NE. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*. 2010; 27: 7-22.
6. Campos M, Iraurgi J, Páez D, Velasco C. Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: un meta-análisis de 13 estudios. *Bol Psicol*. 2004; 82: 25-44.
7. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*. 1995; 69: 719-727.
8. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006; 18: 572-577.
9. SPSS I. *SPSS statistics for Windows*. Armonk, NY: IBM, Corp; 2013.
10. Bentler PM. *EQS Structural Equations Modeling Software (Version 6.1)* [Computer software]. Encino, CA: Multivariate Software; 2004.
11. Philip EJ, Merluzzi TV, Zhang Z, Heitzmann CA. Depression and cancer survivorship: importance of coping self-efficacy in post-treatment survivors. *Psychooncology*. 2013; 22: 987-994.
12. Czerw A, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*. 2016; 23: 654-661.
13. Lam WW, Yoon SW, Sze WK, Ng AW, Soong I, Kwong A, et al. Comparing the meanings of living with advanced breast cancer between women resilient to distress and women with persistent distress: a qualitative study. *Psychooncology*. 2017; 26: 255-261.
14. Brunault P, Champagne AL, Huguet G, Suzanne I, Senon JL, Body G, et al. Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*. 2016; 25: 513-520.
15. Min JA, Yoon S, Lee CU, Chae JH, Lee C, Song KY, et al. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013; 21: 2469-2476.

ID: 01396

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **ENFERMERA. ENSAYOS CLÍNICOS, HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA.**

Catalina Rubio Uría, Candelaria Benítez Vera, Amparo González Méndez, Ana Teresa Carrió Puerta

Hospital Universitario de Canarias

### **INTRODUCCIÓN**

En el Hospital de Día de Oncología (HDO) se desarrolla de manera activa el campo de la investigación.

Concretamente en HDO participamos en diferentes ensayos clínicos de carácter nacional e internacional, realizando cuidados de enfermería con seguimiento observacional, colaborando así en la materialización de la comercialización de fármacos específicos. Sin embargo este trabajo es "invisible" aunque forma parte de la organización funcional del servicio, es necesario evidenciar la intervención enfermera.

Con ello colaboramos en nuestro desarrollo profesional, mejorar la calidad asistencial y trabajar en la seguridad tanto de la propia investigación, como en la asistencia al paciente.

### **OBJETIVO**

Evidenciar la necesidad de la figura de la Enfermera en Ensayos Clínicos en el HDO del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

### **METODOLOGÍA**

Hemos realizado un estudio retrospectivo de 6 meses de duración (Desde el 1 enero hasta 30 junio 2018) en el HDO del HUC para disponer de datos objetivos sobre la actividad de enfermería relacionada con los Ensayos Clínicos que se realizaron en ese periodo. Las variables relacionadas con las intervenciones enfermeras son: toma

de constantes, extracción de sangre y número de asistencias a HDO.

### **RESULTADOS**

Con los datos obtenidos a través de la recogida de datos realizada en el primer semestre del año 2018 llegamos a la siguiente conclusión:

Se aumenta en un 13,47% la asistencia de pacientes a HDO respecto a las 5330 asistencias programadas: Tuvimos 143 pacientes en Ensayo Clínico, 718 visitas a HDO, 321 analíticas de sangre y 718 tomas de constantes específicas de ensayos clínicos. Por otro lado tenemos 12 tratamientos intravenosos de Ensayos Clínicos, esto supone 191 asistencias a HDO, suponiendo un 3,58% de los tratamientos administrados de forma programada.

### **CONCLUSIÓN**

Nuestros datos muestran que la actividad que generan los Ensayos Clínicos, medida como administraciones de fármacos es de casi del 4%, y más de un 13% en asistencias de pacientes, y a pesar de ello carece de una integración y planificación de la actividad de hospital de día con el rigor pertinente. Valorados los datos, el equipo de trabajo se ha planteado diferentes acciones de mejora para poder normalizar y medir esta actividad.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cruzado Álvarez C, Guerrero Molina A, Medina Fernández M, Millán Vázquez G, "La enfermera de ensayos clínicos en el ámbito hospitalario: una figura desconocida. Revista Cardiacore, Elsevier. 2013; 42 (2): 75-78
2. Formación de Ensayos Clínicos en Oncología. 13ª edición. Noviembre 2018. Hospital Universitario Vall de Hebron.
3. Good Clinical Practice (GCP-E6 (R2) 2016)
4. "Entre el ensayo clínico y la ética clínica: las buenas prácticas clínicas. Med Clin (Barc) 1993; 100 (20): 333-336.
5. "Evaluación crítica de ensayos clínicos" Med Clin (Barc) 1993; 100 (20): 780-787

ID: 01397

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **LIDERANDO CUIDADOS ENFERMEROS A PACIENTES CON INMUNOTERAPIA EN CÁNCER**

Olga Coroas López, Mercedes Paz García, Esperanza Cao Castelo, Joaquín Mosquera Martínez, Fernando Busto Fernández, Luis Miguel Antón Aparicio

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

### **INTRODUCCIÓN**

Los avances en los tratamientos que modulan el sistema inmune han supuesto un cambio de paradigma tanto en el abordaje terapéutico como en la supervivencia de algunos tumores. Estas terapias conllevan nuevos efectos secundarios cuyo manejo precoz es crucial para reducir complicaciones, frecuentación a los servicios de urgencias, ingresos hospitalarios y retirada del tratamiento. En este proceso es clave el papel de la enfermera, liderando cuidados y como punto de enlace entre el paciente y el médico. Desde la Consulta de Enfermería se realiza apoyo, seguimiento y detección precoz de efectos adversos.

### **OBJETIVOS**

Describir e identificar los efectos secundarios de la inmunoterapia detectados por la enfermera en la consulta y/o en el hospital de día de oncología. Definir los cuidados enfermeros en cada uno de los efectos adversos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que acudieron para recibir tratamiento con inmunoterapia y que previamente habían sido atendidos en la consulta de

enfermería del hospital de día del Complejo Universitario de A Coruña, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero 2018 y el 1 de marzo de 2019.

### **RESULTADOS**

Fueron evaluados 172 pacientes: 67 pacientes tratados con pembrolizumab (50 con cáncer de pulmón, 12 con melanoma, 2 con cáncer de estómago, 1 con cáncer de esófago, 1 con cáncer de cabeza y cuello y 1 con cáncer de páncreas); 6 pacientes con durvalumab (6 con cáncer de pulmón); 20 pacientes con atezolizumab (10 con cáncer de pulmón, 10 con cáncer de vejiga), 78 pacientes con nivolumab (56 con cáncer de pulmón, 7 con cáncer de cabeza y cuello, 7 con melanoma, 6 con cáncer de vejiga, 1 con sarcoma, 1 con cáncer de colon); y 1 pacientes con ipilimumab y nivolumab con melanoma.

Las toxicidades evaluadas fueron rash cutáneo (10%), diarrea (9%), artralgias (7%), prurito (5%) y astenia (1%).

### **CONCLUSIONES**

La toxicidad inmunorrelacionada es poco frecuente, comparándola con los tratamientos citostáticos. Sus características específicas hacen que sea clave la detección precoz y el seguimiento para evitar su agravamiento y posterior ingreso hospitalario, que motiva en ocasiones la retirada del tratamiento. Los porcentajes de nuestra serie se correlacionan con los reportados en la literatura en los estudios pivótales de los diferentes fármacos, pero reflejando en nuestro caso la experiencia real de manejo en la Consulta de Enfermería de un hospital de día, en un hospital de tercer nivel.

ID: 01398

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **ELECTROCARDIOGRAMA INTRACAVITARIO DURANTE LA IMPLANTACIÓN DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA**

Nuria Arabia Martín, Marcel Vicente Genis

Institut Català d'Oncologia

### **INTRODUCCIÓN**

El sistema Sherlock 3CG permite la visualización del extremo del catéter en tiempo real durante la inserción. Mediante control electrocardiográfico intracavitario (ECG-IC) se aprecian cambios electrocardiográficos con elevación de la onda P, que indica la correcta posición de la punta del catéter en el tercio inferior de la vena cava superior. Este procedimiento reduce las radiografías de comprobación.

En nuestro servicio la técnica Sherlock 3CG se incorporó en enero y se está utilizando el control radio-lógico para garantizar la correcta ubicación del catéter durante el período de entrenamiento.

### **OBJETIVO**

Analizar el nivel de consenso y fiabilidad de sistema Sherlock 3CG en la comprobación de colocación adecuada de la punta de catéter y valorar cuantas radiografías de tórax posteriores pueden ser evitadas.

### **MÉTODO**

Estudio observacional descriptivo transversal. Todas las participantes fueron enfermeras del hospital de día. Previamente se hizo un curso de formación teórico-práctico de 3 días de duración, previa a la implantación

de la técnica Sherlock. En total se formaron 6 enfermeras, pero se incorporaron 3 profesionales a realizar la técnica sin haber recibido formación previa.

Se incluyen todos los pacientes a los cuales se les implantó un PICC en el Institut Català d'Oncologia de Girona entre enero-marzo de 2019. Se descartaron los pacientes a los que no fue posible la implantación por mal acceso venoso, malformaciones anatómicas, localización tumoral y los que no tenían onda P valorable en el ECG basal.

Se analiza el índice de concordancia y coincidencia entre la localización de la punta mediante elevación onda P, en la valoración enfermera y tras comprobación radiológica.

### **RESULTADOS**

Número total de colocaciones: 57 PICC. Tras la evaluación conjunta de ambas técnicas el 86% presentan concordancia entre la elevación de onda P y radiografía. El 14% restante el catéter estaba en aurícula y se tuvo que retirar unos centímetros por estar demasiado introducido. Del total de los PICC implantados, solo un 7% estaban demasiado introducidos y habían sido implantados por profesionales que no recibieron formación previa.

### **CONCLUSIONES**

La técnica Sherlock 3CG ha demostrado ser eficaz, permite reducir costes, tiempo y radiación para el paciente. La técnica es fiable y puede evitar la realización de las radiografías cuando el personal esté bien entrenado. Durante el entrenamiento de nuevos profesionales sería necesario realizar doble comprobación del ECG. Se necesita más tiempo de entrenamiento del profesional en la valoración electrocardiográfica.



ID: 01399

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS. ¡¡ENFERMER@S!! PROTEJAMOS NUESTRA SALUD**

Sylvia Mónica Amorós Cerdá, Rocío Magdaleno Moya

Hospital Universitari Son Espases.  
Palma de Mallorca

### **INTRODUCCIÓN**

Se consideran "medicamentos peligrosos" aquellos que presentan uno o más de las siguientes características de peligrosidad en humanos: carcinogenicidad, teratogenicidad, toxicidad reproductiva, toxicidad en órganos a dosis bajas y genotoxicidad. Los trabajadores que los administran deben conocer los riesgos de exposición y el uso correcto de equipos de protección individual (EPI). El 80% de la actividad asistencial en el Hospital de Día de Adultos del Hospital Universitario de tercer nivel es la administración de tratamientos onco-hematológicos, incluidos en el grupo de medicación peligrosa. Se ha visto la necesidad de adaptar las actividades diarias de manipulación de estos medicamentos por parte de los profesionales y secuenciar el uso correcto de los EPI.

**OBJETIVO:** Realizar una infografía con la secuencia y uso del equipamiento de protección individual en la administración de medicación peligrosa por parte de los trabajadores, incluyendo códigos QR explicativos.

### **METODOLOGIA**

Estudio realizado en la Unidad de Hospital de Día del hospital de

referencia de las Islas Baleares. La unidad dispone de 31 boxes. En la sala de tratamiento hay 5 enfermeras y 3 auxiliares, siendo la ratio de 6 pacientes/enfermera. La infografía se realizó mediante una búsqueda bibliográfica en bases de datos y metabuscadores de ciencias de la salud y la opinión de expertos del hospital. Se fotografió de forma individual el material de equipamiento, se redactó el contenido explicativo y se crearon códigos QR con enlaces web y/o información complementaria. El servicio de audiovisuales participó en la elaboración gráfica. La infografía ha sido presentada a la Comisión de Calidad del hospital.

### **RESULTADOS**

La infografía consta de los siguientes apartados: Título, justificación, secuencia de colocación y retirada de los EPI, eliminación de residuos, referencias bibliográficas y códigos QR. Se ha realizado en formato vertical y ubicado en una zona visible de las áreas de trabajo. Se le ha dotado de un código para realizar futuras copias y distribuirlos por las unidades hospitalarias que precisen.

### **DISCUSIÓN**

La infografía es una herramienta visual que facilita el aprendizaje y permite representar gráficamente la secuencia correcta de utilización de los EPI. Además, los códigos QR amplían la información. "Una imagen vale más que 1000 palabras".

### **CONCLUSIONES**

La infografía pretende ser un medio facilitador y sencillo para mejorar el uso de los EPI y concienciar a los trabajadores sobre la protección de su propia salud en su labor asistencial diaria. Como línea futura evaluaremos la implementación de la misma.

ID: 01400

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **PRIMER AÑO DE GESTORA DE CASOS DE INMUNOTERAPIA**

Jorgina Serra López, Margarita Majem Tarruella, Mariona Riudavets Melià, Ivana Gabriela Sullivan, Geòrgia Anguera Palacios, Iria González Álvarez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

### **INTRODUCCIÓN**

La inmunoterapia se ha establecido como un estándar en el tratamiento en oncohematología. Debido a su mecanismo de acción puede producir efectos adversos inmunorelacionados. Su manejo es complejo, en el que es imprescindible un abordaje multidisciplinar coordinado, donde enfermería tiene un papel importante como gestora de casos.

### **OBJETIVOS**

Describir la puesta en marcha de la consulta de enfermería para pacientes tratados con inmunoterapia en los servicios de oncohematología a través de una gestora de casos.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo de la puesta en marcha de una consulta de enfermería específica para pacientes que reciben inmunoterapia en oncohematología en nuestro centro.

En la primera visita el paciente recibe la educación sanitaria previa al inicio del tratamiento: se explica en qué consiste la terapia, los posibles efectos secundarios y los circuitos que debe seguir. Se realiza una anamnesis y se comprueba que todas las pruebas necesarias estén realizadas y sean correctas. También se registra la medicación concomitante y se entrega un material educativo específico realizado por el propio hospital. Además, se establece una relación de ayuda y se entrega el contacto

telefónico de la consulta de enfermería.

En las visitas de seguimiento se identifican y registran las toxicidades y se resumen los cambios de salud del paciente entre ciclos. En caso de toxicidad, se inicia el proceso de derivación al especialista y se realiza un seguimiento estrecho.

También se llevan a cabo visitas virtuales de seguimiento y resolución de dudas de los pacientes que están en tratamiento con inmunoterapia.

### **RESULTADOS**

De agosto de 2018 a abril de 2019 se han realizado 703 visitas presenciales y 270 visitas virtuales. Se han visitado 176 pacientes y actualmente se siguen 100 pacientes diagnosticados de diferentes neoplasias (pulmón, melanoma, genitourinario, ORL, sarcoma, mama, Linfoma Hodgkin y colon) que reciben inmunoterapia. Durante estos meses se han realizado 71 derivaciones a otros especialistas: endocrinología, reumatología, dermatología, neumología, neurología y digestivo.

### **DISCUSIÓN**

La puesta en marcha de la consulta de enfermería de inmunoterapia ha contribuido en la mejora del manejo de pacientes que reciben inmunoterapia con una detección precoz de los efectos inmunomediados y una mayor sensación de acompañamiento de los pacientes, además de una disminución de los tiempos de espera en las consultas con los facultativos.

### **CONCLUSIONES**

La importancia de las consultas de enfermería especializadas es fundamental en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes oncológicos. En este caso, la consulta de inmunoterapia con solo un año de vida ha contribuido a una mejora en la calidad asistencial.

ID: 01401

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **CUIDADOS DE UN TUMOR ULCERADO**

Mercedes Jiménez Paiz<sup>1</sup>, Rosa María Martínez Amaya<sup>1</sup>, Virginia Bayo Martín<sup>1</sup>, Francisco Javier García Rama<sup>1</sup>, Laura Guzmán Sánchez<sup>2</sup>, María del Carmen Ortega Rivera<sup>1</sup>

1) HOSPITAL CAMPUS DE LA SALUD. GRANADA.  
2) HLA INMACULADA. GRANADA.

### **INTRODUCCIÓN**

Las úlceras tumorales son el resultado de la infiltración y proliferación de las células tumorales en la piel. Suponen un reto asistencial para los profesionales sanitarios y representan un importante problema de salud con graves consecuencias y repercusión en la calidad de vida del paciente.

### **OBJETIVOS**

- Retrasar la progresión de la úlcera tumoral.
- Controlar los síntomas: exudado, mal olor, dolor, infección y sangrado.
- Prevenir la aparición de complicaciones.
- Mejorar la calidad de vida y confort del paciente.

### **METODOLOGÍA**

Descriptiva. Caso clínico: varón de 52 años, diagnosticado de carcinoma epidermoide de amígdala derecha, estadio IVa. Se inicia tratamiento con quimio-radioterapia concomitante. El paciente presenta una evolución tórpida con varias recaídas locales que precisó cirugía y posteriormente tratamiento sistémico. Nuestra labor, de forma más intensa, comienza cuando debido a la progresión de la enfermedad aparece una úlcera tumoral grado 4, de 5,8 centímetros, con bordes irregulares, que afecta a tejidos subyacentes, con sangrado de difícil control y esfacelos.

Tratamiento del paciente: Inmunoterapia con Nivolumab como segunda línea para enfermedad metastásica y curas locales cada 72 horas:

- Retirar con cuidado los apósitos para minimizar el dolor y el riesgo de sangrado.
- Lavado por irrigación suave del lecho y la piel periulceral con una solución salina normal.
- Apósito de captación bacteriana con hidrogel, para eliminar bacterias y microorganismos, reduciendo así el riesgo de infecciones. El hidrogel proporciona un ambiente húmedo que facilita el proceso de cicatrización y el desbridamiento autolítico.
- Apósito de hidrofibra para absorber el exudado de la herida, evitando así el mal olor, ya que este puede causar náuseas y pérdida de apetito.
- Soporte psico-emocional del paciente durante el proceso de la cura, a través de la escucha activa, la asertividad y la empatía.

### **RESULTADO**

La respuesta superó las mejores expectativas imaginables. Tras el primer ciclo de inmunoterapia, se frenó el crecimiento de la úlcera y en la evaluación previa al tercer ciclo presenta bordes limpios con tejido de granulación y en proceso de cierre completo.

### **CONCLUSIÓN**

La inmunoterapia se ha posicionado como una alternativa terapéutica más en el cáncer de cabeza y cuello recurrente o metastásico. El buen manejo de la piel ulcerada evitó la aparición de complicaciones graves como la sobreinfección y la hemorragia. La elección de un apósito no demasiado voluminoso disminuyó el aislamiento y estrés emocional del paciente, así como mejoró su autoestima y calidad de vida.

ID: 01402  
Tipo: Póster  
Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **NUTRICIÓN EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE UN POST TRASPLANTE DE MÉDULA (TPH)**

Encarnación Martín Sánchez<sup>1</sup>, Rosa María Perea Morilla<sup>1</sup>, Ildefonso Martos Cerezuela<sup>2</sup>

1) Consulta de Enfermería Pre y Pos TPH. Hospital Regional Universitario de Málaga 2) Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga

### **INTRODUCCIÓN**

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Los tratamientos quimioterápicos debilitan nuestro organismo. Además, algunos alimentos pueden facilitar la aparición de bacterias que pueden comprometer o alterar el tratamiento del paciente ya que éste se encuentra con el sistema inmunológico afectado.

Un seguimiento adecuado por parte del paciente de su dieta, ingiriendo una alimentación de baja carga bacteriana, hiperproteica e hipercalórico, sobretodo, en los 6 primeros meses post TPH, le va a ayudar en la evolución de su trasplante<sup>1</sup>.

### **OBJETIVOS**

Lograr desde la consulta de enfermería que el paciente oncohematológico sea consciente de la importancia que una adecuada alimentación tiene en su recuperación.

### **METODOLOGÍA**

Seguimiento protocolizado paciente mediante Plan de cuidados de enfermería<sup>2,3,4</sup> individualizado. Elabo-

ración de guías informativas<sup>5,6,7</sup>. Consulta telefónica.

### **DISCUSIÓN**

Un seguimiento adecuado por parte del paciente de su dieta, ingiriendo una dieta de baja carga bacteriana, hiperproteica e hipercalórico sobre todo en los 6 primeros meses post TPH, va a ayudar a la evolución de su trasplante.

### **RESULTADOS**

Presentamos el resultado del seguimiento de pacientes evidenciando la ganancia de peso y valores analíticos de albumina y proteínas totales.

### **CONCLUSIONES**

Los pacientes hemato-oncológicos que siguen una nutrición adecuada se sienten más fuerte, toleran mejor los alimentos y presentan menos complicaciones<sup>5</sup>.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es>
2. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017
3. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 5ª Edición.
4. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª Edición.
5. Fundación J. Carreras. <https://www.fcarreras.org/es>.
6. Manual de Trasplante Hemopoyético. E. Carreras y colaboradores. 5ª Edición (2016)
7. Recomendaciones en Alimentación y Nutrición para pacientes Oncohematológicos. AEAL.NestleHealthScience 2011.

ID: 01404  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO PORTADOR DE PICC**

Meritxell Ferraz Costafreda, Silvia Ruiz Navas, M<sup>a</sup> José Lemus Valerio, Rebeca Senar Carrasquer, María Tehas Crespo, M<sup>a</sup> Lourdes Sotés García

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA

### **INTRODUCCIÓN**

En 2014 tomamos la decisión y el empoderamiento para el implante de PICC en los pacientes oncohematológicos, lo que nos ha llevado a seguir avanzando en nuestro campo de enfermería, y a desarrollar líneas de trabajo para verificar el beneficio del procedimiento. Una de ellas es valorar la calidad de vida de los pacientes que lo llevan implantado.

Los PICC's permiten la posibilidad de inserción y retirada del catéter por parte de una enfermera altamente formada "a pie de cama", a la vez que una tasa baja de BRC, lo que supone una ventaja con una consecuentes reducción de los costes.

Como bien sabemos, los PICC's permiten acceder al sistema venoso central de una forma poco agresiva, con técnica micro Seldinger ecoguiada. Estos dispositivos presentan ciertas ventajas respecto a los DAVC ya que ofrecen un abordaje más seguro y con menor número de complicaciones.

Los PICC's nos ofrecen las ventajas que ofrece cualquier acceso venoso central, permitiendo la administración de productos de elevada osmolaridad, administrar la quimioterapia domiciliaria, citostáticos en perfusión continua/intermitente, administrar tratamientos de quimioterapia en personas con mal acceso periférico y evitar venopunciones repetidas.

### **OBJETIVOS**

- Evaluar la calidad de vida en los portadores

- Disminuir el impacto ante la aparición de efectos indeseados
- Valorar la educación sanitaria realizada por enfermería al paciente.

### **METODOLOGÍA**

- Método: encuesta adaptada basadas en las encuestas homologadas: EORTC QLQ C-30 y cuestionario SF-36.
- Ámbito: Hospital de día onco-hematológico.
- Muestra: pacientes portadores de PICC a partir del 4to tratamiento de quimioterapia en 2018.
- Estudio: descriptivo-retrospectivo

### **RESULTADOS**

Los resultados en base a las encuestas realizadas a los pacientes que llevan PICC sobre su calidad de vida es que un 30% de los pacientes creen que su calidad de vida es muy buena, un 67% buena y un 3% regular.

### **CONCLUSIONES**

- La calidad de vida se constituye como una pieza fundamental del tratamiento.
- Enfermería tiene un papel clave en la mejora de la calidad de vida.
- El PICC es una herramienta para mejorar esta calidad, muchas veces causa impacto saber que se delimitaran algunas actividades de ocio al ser portador de catéter pero en contrapartida, tiene muy buena aceptación ya que reducirán o cesaran las punciones reiteradas para acceder al árbol venoso.
- Puntos clave para mejorar la actividad asistencial es: la educación sanitaria para el manejo de los catéteres tipo PICC en los centros de salud, para poder garantizar una mejor atención al paciente.

ID: 01405

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **CONTINUIDAD DEL CUIDADO EN PACIENTES PALIATIVOS DESDE HOSPITAL DE DÍA**

Susanna Gubianas Morelló,  
Montserrat Esclusa Serra

Fundació Althaia, Hospital Sant Joan de Déu.  
Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

### **INTRODUCCIÓN**

Cuando un paciente ante una situación de enfermedad terminal, progresiva e incurable, con múltiples síntomas, multifactoriales y cambiantes, presenta un deterioro de la calidad de vida que puede acompañarse de un impacto físico, psicológico, social y familiar; precisa de una atención domiciliaria, está, es coordinada por la gestora de casos y a lo largo del proceso se establece un seguimiento hasta la muerte del paciente para garantizar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que intervendrán en el proceso y mantener el vínculo con el paciente/familia y profesionales desde el inicio del proceso hasta su fin.

### **OBJETIVOS**

- Garantizar la continuidad del cuidado y fomentar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Facilitar la transferencia de información clínica a otros niveles.
- Minimizar la fragmentación y discontinuidad trabajando en colaboración con el equipo de profesionales implicados.
- Optimizar el uso de recursos sanitarios.
- Mejorar la percepción de seguridad del paciente y su entorno familiar.
- Acompañar al paciente a lo largo de las diferentes etapas del proceso asistencial.

### **METODOLOGIA**

Realización de una descripción de:

- El circuito de coordinación y transferencia de información que se establece entre los diferentes profesionales de los distintos niveles asistenciales a lo largo de la etapa final del proceso, con el objetivo común de crear un plan unificado de cuidados.
- Reuniones semanales entre el equipo multidisciplinar.
- Circuito de atención de las urgencias de los pacientes en situación terminal en hospital de día.

### **RESULTADO**

El último año se han transferido y llevado a cabo un seguimiento, un total de 201 pacientes, de los cuales 84 han sido exitus en su domicilio, 52 pacientes en la unidad de cuidados paliativos y 32 en el hospital de agudos.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La enfermera gestora de casos actúa garantizando la continuidad de los cuidados, proporcionando un valor añadido, fomentando la coordinación entre profesionales y realizando la transición a otros niveles.

A lo largo de estos años hemos podido comprobar no solo la satisfacción del paciente y familia por mantener el vínculo hasta el final, con el servicio en el que se inicio el proceso oncológico, sino también a nivel de los diferentes profesionales que intervienen ,por ser participes en esta etapa final de la enfermedad, compartiendo información acerca de la situación de enfermedad, expectativas y diseñar conjuntamente la estrategia para controlar los síntomas y aliviar el sufrimiento, mejorando la calidad de vida del paciente y familia. Vemos la necesidad de monitorizar los resultados de salud, con una serie de indicadores en los ámbitos de actividad, continuidad, eficiencia y calidad y satisfacción del paciente y familia para documentar la percepción de la asistencia y cuidado a lo largo del proceso.



ID: 01406

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **LA INFUSIÓN CONTINUA IV EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER**

José Alfonso Álvarez Rodríguez, Mirian Figueirido de Pina, Ana Alonso Arévalo, Daniel Fernández García, Verónica Arguello Bernardo, Ilenia Cascallana Huerga

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

### **INTRODUCCIÓN**

Las bombas elastoméricas se utilizan en tratamientos antineoplásicos para administrar Fluorouracilo, Trabectedina e Ifosfamida en cáncer colorectal metastásico, sarcomas de partes blandas, carcinoma gástrico, adenocarcinoma esofágico, cáncer metastásico de páncreas y leucemia linfoblástica.

Su utilización reduce la toxicidad, aumenta la tasa de respuesta, la mediana de supervivencia y la capacidad de revertir parcialmente la resistencia a los fármacos, permite más independencia, evita ingresos, mejora la autoestima y los parámetros estéticos, la calidad de vida, proporcionando beneficios psicosociales.

La administración de fármacos citostáticos en infusión continua intravenosa en régimen ambulatorio, requiere de la colocación de catéter venoso central, en nuestro caso CVCRSB.

### **OBJETIVO**

Estudiar el grado de cumplimiento horario de los infusores Dosi-fuser® para el tratamiento oncológico en infusión continua a través de un CVCRSB.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Programa informático EpiINFO TM 7 para la creación de bases de datos y análisis estadístico.

### **RESULTADOS**

Se analizaron un total de 61 pacientes portadores de catéteres centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial que recibieron tratamiento de quimioterapia a través de bombas de infusión continua. El promedio de edad fue de 60.95 años (DT=1.23; mínimo=41 y máximo=78). El 62.3% (38/61) fueron hombres y el 52,46% (32/61) procedían del ámbito urbano. El 86,9% (53/61) de los pacientes analizados estaban diagnosticados de tumores digestivos.

Se colocaron un total de 858 bombas elastoméricas. En 11 pacientes se colocaron 124 bombas de 24 horas (para 22 horas) que correspondieron a 57 tratamientos con 5-fluorouracilo, 13 con ifosfamida, 21 con trabectedina y 33 con ifosfamida + mesna; mientras que en 54 pacientes se colocaron bombas de 48 horas (para 46 horas) que correspondieron a 734 tratamiento con 5-fluorouracilo.

Se realizó un control aleatorio para determinar el grado de exactitud del horario de la infusión.

Bombas de 22 horas 2 horas antes acabó 1 bomba (0,44%) 1 hora antes 7 bombas (0,22%) a las 22 horas acabaron 2(0,00%), 1 hora después acabó 1(0,22%).

Bombas de 46 horas 4 horas antes acabaron 2(1,84%), 2 horas antes 2 (0,92%) a las 46 horas 10(0,00%) 2 horas después 2 (0,92%).

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los (CVCRSB), junto a los elastómeros Dosi-fuser® de 22 y 46 horas mantienen criterios de calidad y fiabilidad para la infusión de los fármacos de este estudio, siendo la desviación horaria mínima. Esto confirma el estudio de Debaenst P. et al, donde la estabilidad y la velocidad del infusor Dosi-fuser® es superior a otros modelos similares.

ID: 01407

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## ¿CÓMO PREVENIR CAÍDAS Y LESIONES ASOCIADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA?

Ma José Caballero García<sup>1</sup>, Ana Isabel Alcañiz Mesas<sup>1</sup>, María Cifuentes Lorenzo<sup>1</sup>, Inés Villaescusa Tébar<sup>1</sup>, Pilar Contreras Caballero<sup>2</sup>, Sara Moltó Domínguez<sup>1</sup>

1) Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Oncología y Hematología  
2) Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Urgencias

### INTRODUCCIÓN

El riesgo de caídas y lesiones derivadas de caídas aumenta con la hospitalización, si además el ingreso es causado por enfermedad onco-hematológica, se multiplica. Las caídas se pueden prevenir mediante intervenciones científicas. Nuestro centro se unió en 2012 al Programa de Centros Comprometidos con Excelencia en Cuidados (BPSO), implantando la Guía de Buenas Prácticas (GBP) "Prevención de caídas" de Registered Nurses' Association of Ontario. Se inició la implantación en la unidad en 2014.

### OBJETIVOS

Evaluar el nivel de implantación y efectividad de GBP "Prevención de caídas" en Unidad de Oncología-Hematología

### MÉTODOLOGÍA

Diseño cuasi-experimental pre-post. ÁMBITO: Unidad hospitalización Oncohematología. MUESTRA: >18 años dados de alta últimos días del mes. MEDICIÓN: pre-implantación (T0=2013); inicio (T1=2014); consolidación (T2=2015+2016); mantenimiento (T3=2017+2018). VARIABLES: 1) Sociodemográficas,

estancia; 2) Implantación recomendaciones: Valoración riesgo de caídas al ingreso utilizando escala (J.H. Downton), asignación plan cuidados para prevención, aplicación de contenciones. 3) Resultados: nº caídas y caídas con lesión. Fuente información: cuadro mandos Montesinos® y Base de datos Programa BPSO®. Aspectos éticos: datos anónimos. Análisis estadístico (SPSS®): descriptivo según variables. Intervalo de Confianza (IC) 95%. Bivariante: variables cate-góricas X<sup>2</sup>, comparación medias t-Student; ANOVA; otras pruebas no paramétricas; significación estadística p< 0,05.

### DISCUSIÓN.

La incidencia en caídas es baja. Ha disminuido el número de caídas, pero la mitad tuvieron lesión. Con respecto a contenciones, las barandillas son las más usadas.

### RESULTADOS.

574 pacientes (T0=30; T1=108; T2=193; T3=243). Hombres 61,7%. Edad media 75,89 años (d.t.=7,04; IC[75,31-76,47]). Estancia media 8,37días (d.t.=7,54; IC [7,75-8,99]). La incidencia en caídas es 1,9 caídas/mil días estancia (T0=1,55; T1=3,29; T2=1,76; T3=1), 45,5% con lesión (T0=16,67; T1=56,25; T2=61,11; T3=48%). Se valoró riesgo de caídas al 97,9% (562) (T0=80%; T1=95,4%; T2=100%; T3=99,6%; p< 0,0001), estando en riesgo 24,2%. Tenían plan de cuidados 70% (T0=70%; T1=89,8%; T2=82,9%; T3=51%; p< 0,0001). Se aplicó contención química en 4% (T2=5,7%; T3=4,5%) y contención física 11,2% (T0=16,7%; T1=6,5%; T2=5,7%; T3=16,9%; p< 0,0001); 98,4% barandillas en cama.

### CONCLUSIONES.

Existe alto nivel de implantación de recomendaciones. Se detecta la necesidad de revisar los problemas encontrados para planificar cuidados, para seguir mejorando.

ID: 01408

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **ANÁLISIS DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE DÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS ONCOHEMATOLÓGICOS**

Laura Pagès Álvarez, Maite Duque Redondo, Araceli Ríos Conde

Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona

### **INTRODUCCIÓN**

La sistematización a la hora de administrar tratamientos farmacológicos, garantiza un correcto desarrollo de la actividad del personal de enfermería. En el caso de los tratamientos onco-hematológicos, este factor, cobra especial importancia dada la toxicidad secundaria y reacciones adversas.

Desde el año 2014 y avalados por Institut Català d'Oncologia (ICO) se está llevando a cabo un importante esfuerzo desde el departamento de farmacia y el hospital de día (HDD) del Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi (HSJMB), por implementar un sistema de calidad que permita asegurar la trazabilidad del medicamento a través de la herramienta de soporte prescripción oncológica de quimioterapia (ESPOQ)-Data Matrix.

### **OBJETIVO**

Analizar el procedimiento de trabajo de enfermería (PT), detectar puntos potencialmente mejorables y proponer áreas de mejora.

### **MÉTODO**

1. Revisión del PT, el cual consiste en: Asignación de una butaca en HDD e identificación activa del usuario (empleando una pulsera portadora de

codificación 2D, similar al conocido como QR).

Recepción de los tratamientos a través de ESPOQ, confirmación a pie de butaca de la ubicación del paciente y colocación en el casillero correspondiente, ubicado en la sala de medicación.

Comparación en el sistema Data-Matrix entre la pulsera identificativa y el código 2D del fármaco. El sistema sólo permite la administración del fármaco si ambas etiquetas coinciden. Para poder administrar el fármaco la enfermera se ha de identificar quedando registrada la fecha, hora y firma.

2. Revisión de los incidentes declarados en TPSC Cloud (The Patient Safety Company Cloud)

3. Detección de puntos débiles del PT y propuesta de medidas de mejora.

### **RESULTADOS**

Detección de pocos incidentes declarados, dado los puntos débiles encontrados en el análisis del PT y el volumen de actividad. Detección de la necesidad de implementar nuevos protocolos de trabajo. Detección de un punto de mejora en la ubicación de los casilleros de almacenaje y en la posibilidad de optimizar el uso del ESPOQ.

### **CONCLUSIÓN**

Los resultados obtenidos nos han hecho reflexionar y crear un grupo de trabajo para estudiar las posibles mejoras a realizar, contribuyendo así a reducir la posibilidad de error humano. Por otra parte, ha quedado justificada la importancia de difundir la cultura de seguridad del paciente mediante la notificación de incidentes, para así aplicar medidas de mejora y evitar, en la medida de lo posible, que se vuelvan a producir.

ID: 01409

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **LINFOMA DE CELULAS B: TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Silvia Escribano Agudo, María García Llano, Pilar De la Fuente Gutiérrez, Aranzazu Mera Errasti, Vicenta González Quiles, Eva María Aguado Gallego

Unidad Oncología Radioterápica Hospital 12 octubre. Madrid.

### **INTRODUCCIÓN**

El linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) constituye un 30% de los linfomas no Hodgkin. Existen varios subtipos de LBDCG entre ellos el primero cutáneo se caracteriza por presentación de formaciones nodulares en miembros inferiores de rápido crecimiento. La radioterapia (RT) constituye el tratamiento de elección en estadios localizados.

### **OBJETIVO**

Describir cuidados locales durante y posterior a RT para minimizar efectos secundarios.

### **MÉTODO**

Caso clínico: mujer de 45 años, con diagnóstico de linfoma B cutáneo de células grandes tipo pierna. Se trata de una lesión unifocal, cuyo tratamiento de elección es la quimioinmunoterapia y RT. La paciente presenta una tumoración localizada en la parte superior del miembro inferior derecho de 11x15 cm con bordes definidos, no exudativa, dolorosa a la palpación y con limitación funcional en la movilidad. Se lleva a cabo un tratamiento citorreductor radioterápico, en espera de un tratamiento posterior con células CART.

Protocolo de cura:

- Tras cada sesión de RT se realiza limpieza de lesión con SSF, protección de la piel con apósitos hidrocoloides. Cuidados piel perilesional con cremas regeneradoras.

Finalizado el tratamiento con RT precisa desbridado quirúrgico por gran placa necrótica con el siguiente protocolo de cura:

- Limpieza herida SSF, desinfección con clorhexidina 0,5%.
- Desbridado enzimático combinado con antibioterapia tópica.
- Protección piel perilesional con pasta al agua.

Educación sanitaria: Cuidados de la piel durante/después de radioterapia para minimizar efectos secundarios (radio dermatitis).

Manejo y control del dolor por el paciente durante las curas de la lesión.

Favorecer autonomía en las actividades de la vida diaria (ABVD).

Una vez dada de alta por el servicio de oncología radioterápica pasa a ser curada por servicio de dermatología.

Actualmente la lesión ha reducido considerablemente de tamaño (8x5 cm), presentando todavía tejido esfacelado que precisa desbridación enzimática/quirúrgica.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La educación sanitaria debe centrarse en los cuidados de la piel para minimizar la toxicidad producida por la RT.

La realización de las curas por el personal de enfermería ayudará a mantener el lecho de la herida limpio y libre de exudado, consiguiendo tejido de granulación que favorece la cicatrización.

Es fundamental manejar de forma adecuada la aparición del dolor en el paciente oncológico para la realización de las curas.

ID: 01410  
Tipo: Póster  
Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Victoria Cebrián Giménez, María José Guzmán Basiero, Ainhoa Casanova Moreno, Patricia Sorribes Carreras, Carolina Beltrán Cortés

CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN

### **INTRODUCCIÓN**

El déficit nutricional es un problema muy frecuente que afecta del 15 al 40% de los pacientes (P) con cáncer, pudiendo comprometer el cumplimiento de los tratamientos, la calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad. La valoración nutricional (VN) es esencial desde el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, como lo recogen las principales guías de expertos<sup>1</sup>. Mediante la VN de todo los P hospitalizados en Oncología Médica en un período determinado -con la colaboración interdisciplinar entre Unidad de Dietética y Enfermería Oncológica.

### **OBJETIVO**

Analizar los déficits nutricionales y las opciones de intervención.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal de todos los P hospitalizados en Oncología Médica durante un período de 4 semanas. Unidad de Dietética/Enfermería Oncológica realiza una VN protocolizada que incluye parámetros antropométricos, analíticos, necesidades energéticas y valoración subjetiva global. Se clasifica el estado nutricional según los criterios de Gasull<sup>2</sup>. Unidad de Dietética concluye la VN con las recomendaciones de intervención

(recomendaciones dietéticas, suplementos nutricionales, nutrición artificial).

### **RESULTADOS**

Se analizan 53 pacientes: 32/53 hombres y 21/53 mujeres, edad mediana: 64 años (rango 26-83). Tumores más frecuentes: aparato digestivo (18/53) y torácicos (14/53). 30/53 pacientes requerían ingreso por tratamiento sintomático en fase de enfermedad avanzada.

Entre los datos de la VN destacan: anorexia en 34/53 pacientes, pérdida de peso en 27/53 —severa en 17/53—, desnutrición en 29/53 —predominio del déficit proteico: 16/29—. Se recomendaron 35 intervenciones, con predominio de suplementos nutricionales (19/35).

### **CONCLUSIONES**

En nuestra experiencia, la incidencia de desnutrición en P hospitalizados es elevada (54.7%) con un claro predominio del déficit proteico, originando un plan de intervención mediante suplementos nutricionales o nutrición artificial en determinados casos. Este estudio confirma la importancia de la VN en los P oncológicos en todas las fases de la enfermedad y la necesidad de una actividad interdisciplinar entre las Unidades de Dietética y el equipo de Enfermería Oncológica para detectar y tratar los déficits nutricionales durante la hospitalización.

ID: 01411

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **LA CONSULTA DE ENFERMERÍA RADIOTERÁPICA**

Andrea Jiménez Caballero, Rosario Vidal-Aragón de la Cruz, Inmaculada Cuenca Blázquez, M<sup>a</sup> Luisa Obando Carrasco, Noelia Gil Racionero

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS (MADRID)

### **INTRODUCCIÓN**

El tratamiento con radiaciones ionizantes requiere de un equipo multidisciplinar donde está integrada la consulta de enfermería. Los cuidados que producen estos tratamientos y la toxicidad que implican, requieren de personal de enfermería especializado y formado para ello. La consulta de enfermería es el punto donde el paciente recibe información, cuidados y educación para la salud durante el proceso de tratamiento de su enfermedad.

### **OBJETIVOS**

Conocer las funciones de la enfermera en la consulta de radioterapia. Describir las distintas fases por las que pasa el paciente durante el tratamiento dentro de la consulta de enfermería: valoración, información, cuidados y educación sanitaria.

### **MÉTODOS**

Análisis descriptivo de las funciones desarrolladas en la consulta de enfermería, desde la recepción del paciente hasta el alta por fin de cuidados.

### **RESULTADOS**

La enfermera de radioterapia desarrolla un papel clave en los tratamientos con radiaciones ionizantes y desempeñando funciones desde la primera consulta. Realiza una

valoración holística e inspecciona la zona de tratamiento. Da información general sobre el proceso y las recomendaciones de cuidados sobre el área específica de tratamiento. Informa de los posibles efectos secundarios esperados o posibles. Aplica cuidados encaminados a prevenir, tratar o limitar la toxicidad específica en la piel y mucosas.

El papel de la enfermera en la simulación va desde la administración de contraste hasta la preparación específica según el campo de tratamiento, en íntima colaboración con los técnicos de radioterapia. Establece revisiones semanales de seguimiento de toxicidad y evaluación del tratamiento, y emite un informe de alta de fin de cuidados. El alta definitiva se dará cuando haya remitido la toxicidad aguda, dejando una vía de contacto abierta por si aparecen complicaciones o toxicidad tardía.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La enfermera en la consulta de radioterapia desarrolla un cuidado integral, integrado y continuado en el proceso de tratamiento con radiaciones ionizantes. Desarrolla funciones asistenciales, de formación y de educación sanitaria a pacientes y cuidadores dentro de un equipo multidisciplinar.



ID: 01412

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA GUÍA DE LA RNAO EN EL MANEJO DE LOS DISPOSITIVOS VENOSOS**

Pablo Fernández Plaza, Josefa Rando Ramos, Silvia Sánchez Gómez, María José González Rodríguez

HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MÁLAGA

### **INTRODUCCIÓN**

El Hospital Regional Universitario de Málaga pertenece al programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. El objetivo es implantar Buenas Prácticas usando las Guías de la RNAO en la práctica asistencial. La UGC de Oncología está implantando la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO: "Cuidados y Mantenimiento de los Accesos Vasculares para reducir las complicaciones".

Los Dispositivos venosos son los dispositivos invasivos más utilizados en los hospitales, y exponen a los pacientes a múltiples complicaciones relacionadas con su inserción, mantenimiento y manejo, como son las flebitis, extravasaciones, o infecciones durante la inserción, mantenimiento y manejo de estos dispositivos.

El estudio EPINE publicado en España en 2017, confirma que el 45,80% de las bacteriemias en los centros sanitarios de toda España se pueden asociar al uso de catéteres.

### **OBJETIVO**

El objetivo es describir la estrategia desarrollada por las enfermeras del equipo implantación de la GBP de dispositivos venosos para reducir las

complicaciones y analizar los primeros resultados obtenidos.

### **METODOLOGÍA**

- Formación de profesionales en metodología de implantación de evidencias y sesiones formativas sobre cuidados de dispositivos venosos.
- Actualización de protocolos de cuidados de dispositivos venosos.
- Implantación de sistemas de registros para poder monitorizar los resultados.
- Se ha seguido la estrategia del modelo CCEC®/BPSO®.

### **RESULTADOS**

Datos 1/7/18 a 30/11/2018 Inserción Vía Venosa Periférica. Evaluación ubicación 98,61%; Higiene manos 100%; Uso Clorhexidina 100%; Apósito transparente 96,29%; Educación sanitaria 95,37%; Retirada Vía. Flebitis Grado 0 62,13%; Flebitis Grado 1 13,63%; Flebitis Grado 2 15,16%; Flebitis Grado 3 8,33%; grado 4 0,75%.

Complicaciones:

Infiltraciones 3,78%; Trombosis 0,75%; Hematoma 3,03%; Otras 3,03%.

### **CONCLUSIONES**

La estrategia de implantación nos ha permitido formar a los profesionales e implantar protocolos para la monitorización de resultados. Los primeros resultados apuntan a un grado de adherencia de los profesionales a las recomendaciones y una tasa elevada de complicaciones que podría estar asociada al sesgo del registro de pacientes con complicaciones. Se necesita más tiempo para seguir monitorizando los resultados de los registros implantados.

ID: 01413

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **NIVEL ECOG COMO FACTOR PRONÓSTICO EN CÁNCER COLORRECTAL**

Raquel Badillo de Santos, Brezo Martínez-Amores, Martínez, María Dolores Martín Ríos

Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid).

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer en hombres y el segundo en mujeres mundialmente, previéndose en 2020 en España una incidencia de 37.229 casos y una mortalidad de 16.838 personas. Un factor pronóstico es una característica del paciente o tumor que se traduce en una mejor o peor evolución de la enfermedad. Como factores pronósticos tenemos la estadificación, antígeno carcinoembrionario (CEA), invasión linfática, histología, etc.

En este estudio proponemos el nivel en la escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) como factor pronóstico de Supervivencia Libre de Progresión (SLP).

### **OBJETIVO**

Evaluar el nivel ECOG como factor pronóstico medido como SLP.

### **METODOLOGÍA**

Tipo de estudio: Observacional analítico longitudinal de una cohorte retrospectiva.

Método: Análisis de supervivencia con el método Kaplan-Meier y regresión de Cox, las curvas de supervivencia se compararon con Log-Rank. Población de estudio: Pacientes con CCR metastásico. Muestra: 62 pacientes atendidos en el HRJC entre marzo-2012 y mayo-2017 que cumplen criterios de inclusión.

Criterios inclusión: \* Mayores de 18 años. \*CCR metastásico. \*Haber recibido tratamiento en primera línea de quimioterapia. \*Tratamiento

finalizado o activo con al menos una evaluación de la Tasa de Respuesta según criterios RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors). \*ECOG 0/1.

Criterios de exclusión: \*ECOG 2 o superior. \*Tratamiento activo sin evaluación de la Tasa de Respuesta. \*Tratamiento finalizado por fallecimiento o toxicidad sin evaluación de la Tasa de Respuesta.

Recogida de datos: Revisión de historias clínicas. A cada paciente se le asignó un código en una base de datos impidiendo su identificación. La correspondencia entre el nº de historia clínica y su código se conservó separada y protegida. Variables: SLP (Cuantitativa continua): Tiempo (meses), entre diagnóstico de metástasis y la progresión de la enfermedad por criterios RECIST. Nivel ECOG (Cualitativa ordinal): 0/1.

### **RESULTADOS**

Los pacientes con estado general óptimo (ECOG 0) presentaron una mediana de SLP significativamente superior respecto a aquellos con síntomas no limitantes derivados de la enfermedad (ECOG 1): 11'5 meses (IC 9'4 -13'5 meses) versus 5'9 meses (IC 3,3 - 8,5 meses) respectivamente.  $p = 0,018$ .

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Limitaciones: Tamaño muestral limitado (n=46,16 censurados). Fortalezas: Práctica clínica real, revisión sistemática de historias clínicas electrónicas con datos fiables. Implicaciones: Futuros estudios con mayores muestras para establecer el ECOG como factor pronóstico en el momento diagnóstico.

Estudio aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz el 23-Mayo-2017 con nº de acta 10/17.

ID: 01414

Tipo: Póster

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

### **APOYO EMOCIONAL OLVIDADO: UN CUIDADO ENFERMERO**

Magdalena Mondéjar Gutiérrez, Óscar Fernández, Gema Coca Henríquez, Irene Sánchez Fresneda, Natalia Rodrigo Quirós, Esperanza Alonso Gómez

Hospital Universitario de Fuenlabrada

El apoyo emocional exige del enfermero alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente. La comprensión adecuada de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el tratamiento, además de propiciarle seguridad.

Para desarrollar un apoyo emocional de calidad, es necesario que los enfermeros tengan escucha activa, sean atentos y dispuestos a escuchar.

El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente y la familia. Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física como la psicológica y asociando el cuidado instrumental al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, y el apoyo emocional.

Teniendo en cuenta que la promoción del apoyo emocional suele alcanzar resultados positivos en el proceso de recuperación de los pacientes, los cuidados instrumentales y emocionales deben caminar juntos y complementarse, de esta forma reducir el sufrimiento físico y psíquico provocado por el proceso de enfermedad.

El paciente, durante la enfermedad, además de sufrir cambios y rupturas de sus relaciones y de su cotidianidad, siente miedo, inseguridad, ansiedad y expectativas que son capaces de interferir en el proceso de adaptación y en su recuperación. En este contexto, los enfermeros, deben mantener contacto directo y permanente con los pacientes y familiares, deben colocarse en la posición de facilitadores del proceso de enfermedad, a través de una asistencia integral que abarca, además del cuidado instrumental, el apoyo emocional.

ID: 01415

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

### **COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON CÁNCER. MEDELLIN. COLOMBIA.**

Sandra Isabel Soto Arroyave

Universidad de Antioquia. Colombia.

### **INTRODUCCIÓN**

La propuesta es presentar los resultados de mi investigación en mi formación como magister que se enfocó en describir las competencias de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer en las ciudades de Medellín, Rionegro y Envigado.

### **OBJETIVO**

El propósito de la investigación apunta a mejorar los procesos de gestión del cuidado tanto en la formación del talento humano, como en la asistencia, la investigación y el desarrollo normativo y regulatorio, en respuesta a las necesidades de los pacientes, la familia, la sociedad, la profesión y la disciplina de enfermería en particular.

### **METODOLOGÍA**

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo

### **RESULTADOS**

Es de anotar que los resultados reflejan la conexión existente entre los conocimientos, habilidades y actitudes como estructuras de la competencia y no como aspectos aislados.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Al contrastar los hallazgos, con algunos componentes estructurales del conocimiento en enfermería, se observa que en el ejercicio profesional, los profesionales prestan atención a los asuntos de la persona, del entorno y de su responsabilidad como cuidadores. Estos aspectos del metaparadigma, guardan conexión con la perspectiva filosófica reflejada por las visiones de enfermería de reacción o particular determinística y la visión integrativa-interactiva y las relaciones que se establecen con los patrones de enfermería, principalmente, el patrón empírico o ciencia de enfermería.

ID: 01416

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## ¿PODEMOS MEJORAR LA VALORACIÓN Y EL MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO?

María Cifuentes Lorenzo<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> José Caballero García<sup>1</sup>, Pilar Contreras Caballero<sup>2</sup>, Inés Villaescusa Tébar<sup>1</sup>, Ana Isabel Alcañiz Mesas<sup>1</sup>, Sara Moltó Domínguez<sup>1</sup>

1) UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN ONCOLOGÍA-HEMATOLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE  
2) SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

### INTRODUCCIÓN

Un 86% de pacientes oncohematológicos tendrán dolor durante la enfermedad, estando mal controlado en el 30-50% y ampliando la estancia hospitalaria. Un 76% de profesionales no preguntan por el dolor comprometiendo la seguridad del paciente. En 2012, nuestro hospital se unió al Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC), implantando la Guía de Buenas Prácticas (GBP) "Valoración y Manejo del dolor" de la Registered Nurses' Association of Ontario. En 2016, se implanta en la Unidad de Onco-hematología.

### OBJETIVOS

Evaluar el nivel de implantación y efectividad de la GBP "Valoración y manejo del dolor" en pacientes oncohematológicos.

### MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental antes-después. Ámbito: Unidad Hospitalización Onco-hematología. Periodo: Medición Basal (T0=diciembre2015), inicio implantación (T1=enero-diciembre 2017), consolidación (T2=enero-diciembre 2018). Muestra: pacientes >14 años dados de alta últimos días del mes. Variables:

demográficas; estancia hospitalaria; implantación de recomendaciones GBP (detección diaria del dolor, valoración con escala, plan de cuidados, reevaluación). Variables de resultado: presencia de dolor e intensidad primeras 24 horas y durante el ingreso. Fuentes de información: Base de datos CCEC. Aspectos éticos: datos anonimizados. Análisis estadístico: descriptivo, medidas tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas. Bivariante, pruebas según variables. Intervalo de confianza (IC) 95%; significación  $p < 0,05$ .

### DISCUSIÓN

La prevalencia del dolor es inferior a la encontrada en la bibliografía. Áreas de mejora: revisar pautas analgésicas y analizar posibles factores relacionados con el dolor para su mejor control.

### RESULTADOS

251 pacientes. Hombres 62,2%. Edad media 60,15 años. Se realizó detección diaria de dolor en un 95,6% (20%T0 vs 98,3%T1 vs 99,2%T2;  $p < 0,0001$ ), valoración del dolor con escala 94,8% (T0=0% vs T1=98,3% vs T2=99,2%;  $p < 0,0001$ ), planificados cuidados 93,6% (T0=0% vs T1=98,3% vs T2=96,7%;  $p < 0,0001$ ), reevaluación del dolor 93,2% (T0=0% vs T1=95% vs T2=99,2%;  $p < 0,0001$ ). Intensidad máxima de dolor durante el ingreso descendió de 2,85 (T1) a 2,39 (T2) ( $p=0,193$ ); el porcentaje de pacientes sin dolor pasó de 42,1% (T1) a 46,7% (T2) ( $p=0,367$ ).

### CONCLUSIÓN

La implantación de la GBP ha conseguido sistematizar la valoración y manejo del dolor, alcanzando alto nivel de implantación. Se ha reducido la intensidad y aumentado el porcentaje de pacientes sin dolor. Implicaciones prácticas para los profesionales: homogeneizar cuidados, mejorar la comunicación. Para el paciente: mayor empoderamiento.

ID: 01417

Tipo: Póster

Área temática: Urgencias oncológicas

### **OBJETIVO MEJORAR LA VIDA DEL PACIENTE CON COMPRESIÓN MEDULAR: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR**

Marta Álvarez Garabiyo, Sònia Abenia Chavarría, Maika Porras Narbona, Purificación Ródenas Mellinas, Joan Rodríguez Fernández, M<sup>a</sup> Isabel Veguillas Montoro

Institut Català d'Oncologia. Hospital Duran i Reynals

### **INTRODUCCIÓN**

La compresión medular de origen neoplásico tiene una prevalencia del 5-10% de los diagnósticos de cáncer<sup>1</sup>. Está considerada una urgencia oncológica y neurológica, de mal pronóstico<sup>2</sup> y tiene un gran impacto, por la elección del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Supone un problema clínico, y su incidencia ha aumentado en los últimos años<sup>3</sup>.

Con el objetivo de mejorar resultados en el diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de estos pacientes, en el 2017 un grupo multidisciplinar del Institut Català d'Oncologia (ICO) de l'Hospitalet de Llobregat y el Hospital Universitario de Bellvitge, elaboró un nuevo protocolo asistencial para la compresión medular de origen neoplásico<sup>4</sup>.

### **OBJETIVOS**

Principal: Describir número y perfil de pacientes tratados por compresión medular, a los que se aplicó el nuevo protocolo asistencial, a lo largo del 2018.

Específicos:

- Conocer la incidencia de esta urgencia oncológica.
- Comprobar la correcta aplicación del nuevo protocolo

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal durante el año 2018. Inclusión de pacientes con Compresión medular ingresados en el ICO.

Registro de datos utilizando: base de datos Área del servicio de Radioterapia Oncológica, el aplicativo SAP y aplicativo Gacela. Variables estudiadas de tipo clínico: tipo de CM, riesgo, utilización de órtesis, Barthel. Variables del plan de curas al ingreso, y al alta, días estancia hospitalaria y destino al alta.

### **RESULTADOS**

En el 2018 se trataron 123 pacientes. 50 procedían de otros hospitales y se trataron de forma urgente, 73 ingresaron en ICO, 8 fueron excluidos por patología hematológica.

Nuestra muestra ha sido 65 pacientes con compresión medular de origen oncológico.

La gran mayoría fueron a nivel dorsal y de riesgo medio. La estancia media de ingreso fue 12,6 días. Recurso al alta: 61% regresó a domicilio, 16% derivación centro socio sanitario y un 23% fue exitus durante el ingreso.

### **DISCUSIÓN**

La estandarización de un protocolo multidisciplinar, favorece la atención y aumenta la Seguridad de paciente y profesionales implicados en esta urgencia oncológica.

### **CONCLUSIONES**

Con la implantación del nuevo protocolo, el paciente se moviliza de forma precoz, con mayor seguridad y disminuye el tiempo de estancia hospitalaria.

La gran mayoría de pacientes puede volver a domicilio, con soporte de fisioterapia i/o PADES, y un número reducido requiere derivación a centro sociosanitario, condicionado por falta de cuidador.



Nos planteamos, prospectivamente, realizar un estudio cualitativo sobre la calidad de vida de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Romero P., Manterola A., Martínez E., Villafranca E., Domínguez M.A., Arias F.. Compresión medular. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2004 [citado 2019 Mar 29] ; 27( Suppl 3 ): 155-162. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272004000600015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600015&lng=es)
2. Hernández Ochoa J, Fuentes Vega Z. Síndrome de compresión medular en el paciente con patologías oncológicas. ccm [Internet]. 2015 Mar [citado 2019 Mar 27] ; 19(1): 85-97. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812015000100009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100009&lng=es)
3. Harris M. Quality of life in patients with malignant spinal cord compression: a review of evidence-based literature. Int J Palliat Nurs. 2016 Jan;22(1):37-43.
4. Grupo de Trabajo. Circuito asistencial de la Compresión Medular de origen neoplásico. Protocolo de compresión medular. ICO-Hospitalet
5. Warnock C, Hodson S, Tod A, Mills R, Crowther L, Buchanan J, Foran B. Improving care of patients with metastatic spinal cord compression. Br J Nurs. 2014 Feb 27-Mar 12;23(4):S14-8

ID: 01418  
Tipo: Póster  
Área temática: Calidad y seguridad

## **AUMENTO DE LA SEGURIDAD Y TRAZABILIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE UN CITOSTÁTICO**

María José Lara Torres, María Isabel Zamora Cots, Pilar Jimeno Sáenz

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, BARCELONA

### **INTRODUCCIÓN**

La administración de un citostático es un proceso que requiere un sistema que proporcione seguridad y fiabilidad tanto al profesional como al paciente, ya que son fármacos potencialmente de riesgo con efectos secundarios que pueden ser severos.

### **OBJETIVO**

La implantación del programa Oncofarm/Oncosafety busca una mejora en la seguridad y trazabilidad en este tipo de pacientes, garantizando así la óptima calidad asistencial y evitando errores en la administración del tratamiento.

### **MÉTODO**

El Oncofarm/Oncosafety es un sistema informático de uso interdisciplinar. En primer lugar, equipo médico, que realiza un diagnóstico, pauta el tratamiento y lo confirma en Oncofarm. En segundo lugar el farmacéutico, que revisará la pauta y hará una validación de la misma. Posteriormente, se realizará una tercera validación, esta vez técnica, por parte del profesional que prepara el fármaco en la cámara de citostáticos. Así, una vez realizada la dispensación, llega el turno de la enfermera que revisará la dosis, vía de administración, tiempo de infusión y datos del paciente. Durante todo el proceso la enfermera podrá registrar las incidencias y efectos adversos derivados del tratamiento que podrán

visualizar todos los estamentos involucrados. También disponemos de un acceso directo con el programa informático SAP-CURAS para poder hacer anotaciones clínicas que podrán consultar el resto de profesionales del hospital.

### **RESULTADO**

Oncofarm ha facilitado el trabajo diario de enfermería, proporcionando un mejor control y seguridad en la administración de quimioterapia disminuyendo errores gracias a las cuatro validaciones. Hemos detectado un descenso importante en el número de gestiones y llamadas telefónicas tanto al equipo médico como a Farmacia por dosis erróneas o no confirmadas. También ha disminuido el número de devoluciones de tratamientos ya preparados a Farmacia. Todo ello, agilizando el ritmo del Hospital de Día y disminuyendo el tiempo de espera del paciente para acceder a su tratamiento. Además, se están llevando a cabo reuniones periódicas del equipo interdisciplinar para adaptar al programa los protocolos de administración, tanto los ya existentes como los nuevos vs ensayos clínicos, y valorar posibles mejoras.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Es responsabilidad final del profesional de enfermería la correcta administración del citostático, el proporcionar una estancia confortable en el hospital y unos cuidados de calidad. La puesta en marcha de Oncofarm, con la distinción de cada profesional permitiendo la confirmación por separado según el rol dentro del proceso de administración ha supuesto un aumento en la seguridad y trazabilidad en la práctica clínica.

ID: 01419  
Tipo: Póster  
Área temática: Miscelánea

## **METÁSTASIS ATÍPICA DE CÁNCER DE RIÑÓN**

Samira Hamed Ali

HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA

### **INTRODUCCIÓN**

La metástasis como bien sabemos es una propagación de un tumor a otras partes del organismo, puede ser en los distintos órganos o mucosas. En este caso vamos a presentar un tipo de extensión de un tumor poco común, que es la metástasis atípica de cáncer de riñón, presentando el paciente formaciones en coliflor en superficie de la lengua.

### **OBJETIVOS**

Dar a conocer en este Congreso por medio de un Póster, cómo un tumor renal, tras presentar metástasis en lóbulo parietal izquierdo y parieto-occipital, además de metástasis pulmonares, puede desencadenar una metástasis a nivel lingual, tan poco común.

### **MÉTODO**

Caso clínico de un paciente, que tras ser nefrectomizado por presentar carcinoma de células renales, tipo células claras,

### **DISCUSIÓN**

El caso que se presenta es el de un varón de 43 años. Con antecedentes de tabaquismo (20 cigarrillos al día), desconoce antecedentes personales, ya que es adoptado.

Su historia comienza en Mayo de 2018, con presencia de parálisis facial periférica, siendo derivado a Neurología, donde también "nota" la presencia de zumbidos, quien solicita RMN cerebral. En el estudio realizado se confirma la presencia de múltiples lesiones que captan intensamente el contraste endovenoso, situadas en el lóbulo parietal izquierdo y sector

parieto-occipital derecho, compatible con metástasis hematógenas de tumor primario.

Es derivado entonces a Medicina Interna, donde se le solicita TAC toraco-abdomino-pelviano, en el cual se observa que en el riñón derecho, existe una masa de ecoestructura heterogénea compatible con hipernefroma y nódulos en parénquima pulmonar compatible con metástasis. Se realiza sesión clínica, donde se decide Nefrectomía derecha e irradiación holocraneal e ingresa a tratamiento con Sunitinib.

### **RESULTADOS**

Tras dos meses de tratamiento con Sunitinib, el paciente presenta aumento del tamaño de las lesiones de la lengua (glositis), sin dificultad para respirar, ni para tragar, donde se decide suspender el tratamiento y derivar al paciente a consulta de cirugía, para biopsiar la masa excrecente en la lengua, donde el resultado de anatomía patológica es metástasis de carcinoma renal.

Se ingresa al paciente por deterioro del estado general y con dificultad para la ingesta. Se habla con el paciente y su esposa para ingreso en Unidad de Cuidados Paliativos, los cuales aceptan tal decisión.

### **CONCLUSIONES**

Se trata de un caso atípico de metástasis renal.

### **Documentos fuente:**

Todos los datos de este caso, se han recopilado de la historia clínica del paciente.

ID: 01422

Tipo: Póster

Área temática: Urgencias oncológicas

## **CONTROVERSIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS EXTRAVASACIONES DE OXALIPLATINO. UNA VISIÓN RETROSPECTIVA Y PROPUESTAS DE FUTURO.**

José Alfonso Álvarez Rodríguez, Marta García García, Ana Alonso Arévalo, María Luzdivina Álvarez Rodríguez, Verónica Arguello Bernardo, Ilenia Cascallana Hueriga

Complejo Asistencial Universitario de León

### **INTRODUCCIÓN**

El Oxaliplatino es un fármaco derivado del platino de tercera generación. Es parte de los esquemas de regímenes de tratamiento tales como FOLFOX, FOLFOXIRI, FOLFIRINOX y XELOX, utilizados principalmente para el tratamiento del cáncer de colon, gástrico, cáncer de vías biliares, carcinoma pan-creático y algunos tipos de linfomas.

El Oxaliplatino está considerado como fármaco vesicante, puede producir reacciones necróticas musculares severas, esclerosis de la piel e induración de la misma con limitación de la movilidad. Pese a que la recomendación sea infundir por una vía venosa central no exime que aparezcan extravasaciones.

### **OBJETIVO**

Determinar la actuación correcta ante la extravasación de Oxaliplatino.

### **MÉTODO**

Revisión de la bibliografía mediante Pub Med, Upto Date, entre los años 2000- 2019.

### **RESULTADOS**

El tratamiento de la extravasación sigue siendo incierto. Si bien la cirugía

plástica se consideraba necesaria para eliminar el fármaco, diversas publicaciones refieren otros tipos de tratamiento más conservadores.

Las medidas físicas siguen siendo controvertidas. El frío puede causar vasoconstricción local y reducir la lesión celular, sin embargo, puede precipitar o empeorar la neuropatía periférica. El calor moderado puede aumentar la eliminación del fármaco por vasodilatación local y evitar la neuropatía periférica, sin embargo, puede aumentar la captación celular y por lo tanto la lesión.

Otras publicaciones describen una recuperación gradualmente sin cirugía después de hasta 8 meses de tratamiento, mediante la aplicación de fisioterapia intensiva, incluido el drenaje linfático y la administración de prednisona.

Las guías clínicas de la NHS y WOSCAN recomiendan el uso de hialuronidasa.

Otras nuevas experiencias se basan en la desactivación del oxaliplatino mediante la infusión en la zona de extravasación de un ion cloro (suero fisiológico).

### **CONCLUSIONES**

El mejor tratamiento de las extravasaciones es la prevención. La formación continuada y la especialización de los profesionales de Enfermería son básicas para minimizar los riesgos.

A pesar de todos los esfuerzos preventivos, la extravasación accidental todavía ocurre.

Es necesaria más investigación para el tratamiento adecuado para la extravasación de Oxaliplatino

ID: 01429  
Tipo: Póster  
Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA STA. CREU I SANT PAU DURANTE LA NOCHE**

Elena López Vicho, M<sup>a</sup> Ángeles García Monge, Mercè Gabaldón Rodríguez, M<sup>a</sup> Teresa Romero Díaz, Manel Andreu Tarifa Chicano

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

### **INTRODUCCIÓN**

La gestión del cuidado del paciente oncológico en la Unidad de Hospitalización del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, trabaja siguiendo los indicadores y objetivos marcados como: la prevención de errores de medicación, el doble chequeo de medicamentos de alto riesgo (citostáticos...) y dando especial importancia a la seguridad y calidad de los cuidados.

Desde el turno de noche se observa que los pacientes al llegar las 22h y estar sin sus familiares, el miedo, la ansiedad, el llanto e incluso la desesperación del dolor que no cede con la medicación, aumenta y puede afectar el descanso, alterando la seguridad y calidad de los cuidados. Por este motivo surge la necesidad de crear un grupo de trabajo que valore al paciente en sus cuatro esferas (física, mental, emocional y espiritual) y sus 14 necesidades mediante la utilización de los diagnósticos enfermeros.

### **METODOLOGÍA**

El presente estudio cualitativo se lleva a cabo analizando las necesidades y demandas de los pacientes durante la noche identificando los diagnósticos enfermeros.

Se realiza una revisión bibliográfica de los diagnósticos NANDA y bases de datos Pubmed y Scielo.

### **OBJETIVOS**

1. Describir los diagnósticos e intervenciones enfermeras registradas durante la noche en pacientes oncológicos ingresados.
2. Estandarizar el cuidado para mejorar la calidad de atención al paciente.

### **RESULTADOS**

Durante la noche se realiza una observación directa, recogiendo e interpretando el comportamiento y las demandas de los pacientes. El insomnio es el lenguaje más utilizado por el enfermo de cáncer avanzado, que se traduce como miedo, inseguridad, desesperanza... El sueño reparador supone la liberalización de las preocupaciones, uno de los elementos principales que determina la calidad de vida.

La demanda del paciente es la que da lugar a la interpretación del diagnóstico.

En dichos diagnósticos, se observa que en las características determinantes son coincidentes, otorgando la posibilidad de simplificar las intervenciones (NIC) de enfermería que están basadas en los conocimientos para favorecer la salud consiguiendo los objetivos (NOC).

### **CONCLUSIONES**

Los diagnósticos e intervenciones de enfermería pueden ayudar a minimizar los riesgos, unificar criterios, suplir el déficit y promover la calidad de vida con la gestión de los cuidados, ofreciendo al paciente un marco de seguridad y confianza, dando apoyo emocional, favoreciendo la comunicación terapéutica, planificando y valorando qué es "lo mejor para el paciente y su familia"; respetando sus creencias, valores y deseos.

ID: 01430

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **RECONOCIMIENTO FACIAL DE LAS EMOCIONES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ENSAYOS CLÍNICOS.**

Sonia Valverde Turrión, Irene Calzado Martínez, Elena De Cabo Marcos, Margarida Marcos Capdevila, Isabel Muñoz Muñoz

Unidad de Investigación en Terapia Molecular del Cáncer (UITM). Vall Hebron Institut Oncològic (VHIO). HU Vall d'Hebron.

### **INTRODUCCIÓN**

Cuando un paciente oncológico inicia un tratamiento de ensayo clínico (EC), le aumenta su estrés que se suma al generado ya por su diagnóstico y pronóstico. Puede presentar alguna de las emociones básicas: ira, disgusto, miedo, felicidad, tristeza y sorpresa, además de neutralidad y desprecio. Enfermería a través de las entrevistas para el control de síntomas, realiza intervenciones propias para dar soporte emocional y educación sanitaria según su estado. Para precisar en la valoración de las emociones del paciente nos planteamos incorporar el sistema de servicios cognitivos con la colaboración del equipo de Business Intelligence de las Escuelas Universitarias Tomas Cerdà de Barcelona y la empresa "IFR Group", que nos proporcionará el soporte tecnológico e informático necesario.

### **OBJETIVOS**

General: Evaluar la incorporación del sistema de interpretación emocional en la entrevista de la valoración de enfermería.

Específicos:

1. Actualizar la entrevista de valoración de enfermería

2. Elaborar la metodología de la entrevista de enfermería junto con el nuevo sistema.
3. Conocer la interpretación de los datos del sistema

### **METODOLOGÍA**

Se establecieron dos grupos de trabajo. El equipo de *Business Intelligence* y el de Enfermería hicieron reuniones de 1h durante 4 días en el mes de febrero de 2019, para explicar el funcionamiento.

El equipo de enfermería experto estableció sesiones informativas de 30 minutos para todo el personal sanitario de EC. Se acordó realizar las valoraciones de enfermería a 10 pacientes de EC y con el sistema de grabación en los días 1 de cada ciclo del EC.

Las fases de la entrevista:

- Recepción del paciente
- Información sobre el sistema de información y firma del consentimiento informado
- Ubicación del paciente
- Entrevista de enfermería
- Análisis de datos

### **RESULTADOS**

Durante la entrevista de enfermería el profesional tiene capacidad para detectar el estado emocional del paciente (comunicación verbal i no verbal). Pero para percibir de una manera más precisa su estado anímico entendemos que la incorporación de este software ayudará a enfermería en su valoración.

### **CONCLUSIÓN**

La enfermera siempre tiene que tener en cuenta el aspecto biopsicosocial cuando trata con pacientes oncológicos. Necesita conocer cómo se encuentra y abordarlo de manera eficaz. En caso de detectar la necesidad de una gestión más especializada, lo derivaríamos al psicooncólogo.



ID: 01431

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

## **REACCIONES INFUSIONALES A CITOSTÁTICOS: ALGORITMO DE DECISIÓN PARA ENFERMERÍA**

Nuria López Ortega, M<sup>a</sup> Pilar Suarez Alcázar

Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

### **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años el uso de citostáticos se ha incrementado por el mayor número de diagnósticos de cáncer asociándose a su vez, un incremento de reacciones de hipersensibilidad debidas a estos fármacos.

Todos los citostáticos tienen potencial para causar una reacción de hipersensibilidad. Las reacciones relacionadas con la infusión pueden conllevar retrasos, interrupciones del tratamiento o incluso comprometer el resultado de la terapia contra el cáncer. Por ello, es fundamental que los profesionales de enfermería tengan formación en la prevención y el tratamiento de las reacciones infusionales.

### **OBJETIVO**

Desarrollar un algoritmo de decisión basado en la mejor evidencia disponible para la actuación de enfermería ante reacciones infusionales a citostáticos.

### **METODOLOGÍA**

Revisión de la literatura mediante búsquedas en bases de datos PubMed (Medline), Scielo, Dialnet y metabuscadores Google y Google académico. Palabras clave: hypersensitivity, infusion reactions, chemotherapy, desensitization, antineoplastic agents, oncology nurses, anaphylaxis y sus correspondientes descriptores en el

tesauro DeCs. Combinación mediante operadores booleanos "AND" y "OR" sin criterios de temporalidad ni idiomáticos. También se han consultado varias webs de organismos de interés en la temática: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), National Institutes of Health (NIH), Oncology Nursing Society (ONS) y Clinical Journal of Oncology Nursing (CJON).

### **RESULTADOS**

Se ha desarrollado un algoritmo de decisión con el que se espera capacitar al equipo de hospital de día oncológico en la reducción de los tiempos de actuación ante reacción infusional.

### **DISCUSIÓN**

Pese a ser varios los artículos en la literatura que mencionan la importancia de que las enfermeras oncológicas sepan reconocer y actuar ante reacciones a citostáticos, son pocos los que tratan el tema en profundidad. La enfermera oncológica debe conocer los medicamentos individuales con mayor riesgo de reacción y ser conscientes del riesgo que conllevan para garantizar una respuesta apropiada.

Además de los algoritmos de decisión, también es necesaria la instrucción del personal de enfermería sobre signos y síntomas de estas reacciones con el objetivo último de controlar las reacciones cuando ocurren.

### **CONCLUSIÓN**

Los algoritmos de apoyo para la toma de decisión pueden garantizar la detección y el tratamiento precoz de reacciones infusionales a citostáticos. Es importante que las enfermeras del servicio de hospital de día oncológico dispongan de algoritmos de decisión para garantizar una actuación efectiva que minimice los riesgos para el paciente.

ID: 01432

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PACIENTE ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO CON SEDACIÓN EN SU PROCESO FIN DE VIDA.**

María Dolores Pérez Gómez, Carmen Rodríguez Martín, Fabiola Medina Moya, Encarnación Linares López, Carmen Ruiz Moya, Rosa M<sup>a</sup> Alonso Cuenca

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

#### **INTRODUCCIÓN**

La sedación del paciente oncológico en su proceso fin de vida es la administración deliberada de fármacos, para producir una disminución suficientemente profunda e irreversible de la conciencia, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, y con el consentimiento explícito, o delegado del paciente en los términos que recoge la Ley.

#### **OBJETIVOS**

Conocer las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de establecer un Plan de cuidados estandarizado para este paciente. Identificar el Plan de cuidados óptimo a estandarizar.

#### **METODOLOGÍA**

Se realizó un muestreo por conveniencia teniendo en cuenta que la experiencia del personal de enfermería de la UGC fuese al menos de un año. Se llevó a cabo una Investigación Acción Participativa para la identificación de un plan de cuidados estandarizado del paciente oncológico hospitalizado con sedación en su proceso fin de vida, teniendo en cuenta las fases correspondientes. Se realizaron asambleas participativas con técnica de grupo nominal y DAFO. Se expusieron casos clínicos y discusión conjunta de diagnósticos,

objetivos e intervenciones. Se elaboró un mapa de diagnósticos, objetivos e intervenciones según el modelo Área. Se llegó a un compromiso con la dirección de enfermería del Hospital y la supervisora de la unidad para incluir en el programa informático (Diraya cuidados) el Plan de Cuidados Estandarizado elegido.

#### **RESULTADOS**

Análisis DAFO: Debilidades: Adjudicar diagnósticos incorrectos. Amenazas: Registro de cuidados no realizados. Fortalezas: Optimizar el tiempo invertido. Unificar criterios diagnósticos y trabajo en equipo. Eliminar variabilidad en las intervenciones y resultados. Conocimiento más específico de los cuidados de un paciente sedado en su proceso fin de vida. Oportunidades: Facilitar el duelo y el afrontamiento familiar. Aplicar los principios de la bioética y la Ley de muerte Digna. Sensibilizar a los profesionales de enfermería en el proceso fin de vida y adecuar los diagnósticos, objetivos e intervenciones sobre paciente y familiares. Diagnósticos identificados: Riesgo de duelo complicado (00172) y Discomfort (00214). Objetivos NOC: Conocimiento: Procedimiento terapéutico y salud emocional del cuidador; Muerte digna. Intervenciones NIC: Apoyo a la familia, Aumentar afrontamiento; manejo ambiental: confort, manejo de la sedación, manejo del dolor y vigilancia.

#### **CONCLUSIONES**

1. Los aspectos positivos del DAFO dejan clara la pertinencia de elaborar un Plan de cuidados estandarizado para este paciente y una oportunidad para aplicar correctamente los principios de la bioética.
2. Los diagnósticos, NOC y NIC identificados están relacionados con una adecuada atención a la familia y una muerte digna.

ID: 01433

Tipo: Póster

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **A TI, ENFERMERA, ¿QUIÉN TE CUIDA?**

Oscar Fernández Moreno, María Magdalena Mondéjar Gutiérrez, Gema María Coca Enrique

Hospital Universitario de Fuenlabrada

### **INTRODUCCIÓN**

La enfermería, en general y, la oncológica en particular, está expuesta a muchos componentes emocionales relacionados con su actividad profesional. La filosofía actual del cuidado al paciente centra todo su foco en éste como último resultado del cuidado enfermero y no plantea, por lo menos a nivel operacional, cuidados a los proveedores profesionales de los mismos.

Los aspectos emocionales a los que se expone la enfermera oncológica diariamente condicionan su relación y sus mecanismos de afrontamiento ante situaciones difíciles, comunicación de malas noticias, cansancio físico y emocional o carga de trabajo asistencial.

### **OBJETIVO**

Identificar el cuidado recibido o sentido por los profesionales de enfermería.

### **METODOLOGÍA**

Encuesta elaborada *ad hoc* de respuesta libre a los profesionales de Oncología del Hospital Universitario de Fuenlabrada (enfermeras y TCAEs), actualmente activos en la unidad o que hubieran pasado, como mínimo 6 meses en ella (tiempo de impregnación en la unidad) independientemente de su ubicación actual. Este cuestionario se pidió que fuera

realizado en domicilio para poder recoger las "apreciaciones personales" de cada profesional.

### **RESULTADOS**

Ante la revisión bibliográfica realizada en relación con cuál es el cuidado recibido o sentido por las profesionales enfermeras encontramos la estandarización de las reacciones de los profesionales, la valoración estandarizada con escalas de valor y la generalización de los resultados y recomendaciones para los profesionales. Ahora bien, ¿dónde se recogen todos aquellos aspectos individuales que intervienen en el desarrollo profesional y sus propios sistemas de afrontamiento?, ¿las diferentes definiciones individuales de "sentirse cuidada" como profesional?, ¿quién es o debe ser quien cuide a los profesionales?, o ¿cuáles son las herramientas personales de cada profesional para auto cuidarse?

La encuesta planteada arrojó definiciones diferentes del "sentirse cuidado", interpretaciones y aspectos muy distantes del cuidado al profesional y permitían poner el foco en temas no estandarizados que facilitan una mejora del cuidado profesional percibido y, principalmente, sentido, por los profesionales de Oncología del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

ID: 01434

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE CON SÍNDROME DE LIBERACIÓN DE CITOQUINAS RELACIONADO CON TRATAMIENTO DE INMUNOTERAPIA**

E Baena Núñez, Y Castillo Tortosa, C Fernández Roviralta, S Abenia Chavarría, C Godino Gálvez

Institut Català d'Oncologia. Hospital Duran i Reynals  
e-mail: [ebaena@iconcologia.net](mailto:ebaena@iconcologia.net)

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de liberación de citoquinas (SLC) es la respuesta inflamatoria sistémica causada por unos elevados niveles de citoquinas, por la activación y proliferación de linfocitos-T<sup>1</sup>. La inmunoterapia como terapia biológica estimula el sistema inmunitario a combatir contra el tumor<sup>2</sup>. El riesgo de SLC dependerá del fármaco administrado, sus complicaciones pueden ser graves y afecta mayoritariamente a piel y sistema gastrointestinal, pero también sistema endocrino, hepático y pulmonar<sup>3</sup> (fiebre, náuseas, escalofríos, hipotensión, taquicardia, astenia, dolor de cabeza, eritema y disnea). Mayormente leves o moderadas, en ocasiones pueden ocurrir reacciones graves, potencialmente mortales. Las reacciones graves se caracterizan por su rápida aparición y la agudeza de los síntomas asociados. La liberación masiva de citoquinas es una emergencia oncológica y se debe tomar precauciones especiales para prevenir complicaciones. Realizar una adecuada prevención, detección precoz y manejo de las toxicidades es un rol enfermero<sup>4</sup>.

### **OBJETIVOS**

Describir los cuidados enfermeros preventivos del SLC en el paciente hospitalizado posterior al tratamiento con inmunoterapia.

### **METODOLOGÍA**

Revisión bibliográfica. Reuniones de consenso entre enfermería para priorizar los cuidados necesarios para un control óptimo tras a la infusión.

### **RESULTADOS**

12-2018/03-2019: control en la unidad de oncología médica de 5 pacientes con un total de 14 ingresos. Actividades y cuidados enfermeros más prevalentes: (1) Toma constantes vitales según evolución del paciente, puede ir desde cada 15min a cada 2h. (2) Analíticas, control estricto de diuresis y peso. (3) Control precoz, junto con facultativo, de los efectos secundarios y el cuidado global del paciente. (4) Monitorización de síntomas. De los pacientes tratados en oncología sólo uno precisó ser trasladado a cuidados intensivos.

### **DISCUSIÓN**

La estandarización de un protocolo de cuidados en el SLC consensuado entre los profesionales, da seguridad a paciente y enfermera previniendo complicaciones agudas graves e incluso la muerte en un paciente con alta probabilidad de supervivencia.

### **CONCLUSIONES**

El plan de cuidados de enfermería del paciente en tratamiento de inmunoterapia ayuda a reducir y detecta el riesgo de reacciones adversas en los pacientes con inmunoterapia. El bajo número de pacientes tratados nos obligará a adaptar progresivamente el plan de cuidados enfermero.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Fundamentos de inmunología. Jornada de enfermería sobre inmunoterapia, 2017. Instituto Catalán de Oncología.
2. Instituto Nacional del Cáncer en EE.UU. Inmunoterapia para tratar el cáncer. 24 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/inmunoterapia>
3. Joan Vinent Genestar. Experiencia en el uso de CARs: nuevos tratamientos en la LLA. Madrid, 21 de junio 2016. Disponible en: [https://www.sefh.es/sefhjornadas/28\\_7\\_Joan\\_Vinent.pdf](https://www.sefh.es/sefhjornadas/28_7_Joan_Vinent.pdf)
4. Laura T. Smith, Kimberly Venella. Cytokine Release Syndrome- Inpatient care for side effects of CAR T-cell therapy. Clinical Journal of Oncology Nursing. Supplement to volume 21, num

ID: 01435  
Tipo: Póster  
Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **DESCRIPCION DEL PERFIL DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN EN ATENCION CONTINUADA POR MAL CONTROL DEL DOLOR**

Lidia Sanahuja Odena, Lidia González Cabana, Miriam Vives Vaque, Dolores Zafra Puerta, Jessica Edo Caballero, Ana M<sup>a</sup> Sobrado Sobrado

Hospital del Mar, Barcelona

### **INTRODUCCIÓN**

El dolor es un síntoma que puede aparecer en cualquier momento del proceso oncológico; durante el periodo de diagnóstico o de tratamiento, así como en fases avanzadas. El dolor no sólo se presenta en pacientes con tratamiento paliativo sino que también puede aparecer en pacientes libres de enfermedad o remisión completa.

### **JUSTIFICACIÓN**

En el servicio de Atención Continuada del Hospital del Mar se han recibido 1100 llamadas telefónicas entre los años 2015 y 2018 relacionadas con el mal control del dolor. En el 2015, eso supuso un 11,1% de las llamadas totales; en 2016, un 9,4%; en el 2017 un 10,8% y en el 2018 un 11,1%. Las enfermeras del servicio de Atención Continuada son las que gestionan las consultas telefónicas de los pacientes que presentan toxicidades relacionadas con el tratamiento, de la propia enfermedad o por dolor.

### **OBJETIVOS**

Principal: conocer el perfil del paciente oncológico que consulta al servicio de atención continuada por mal control del dolor.

Secundario: saber cuál ha sido la resolución de la consulta.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo retrospectivo. La población de estudio fueron aquellos pacientes que hayan llamado a atención continuada de enfermería desde el año 2015 al 2018 por mal control del dolor.

Variables: edad, sexo, diagnóstico, clase de quimioterapia (adyuvante, coadyuvante, paliativa, ensayo clínico, concomitante con RDT) y como se resolvió (vía telefónica, atención continuada, urgencias o ingreso). El instrumento para la recogida de datos: base de datos creada por el servicio de atención continuada de oncología en formato Access.

### **RESULTADOS**

Después de realizar el análisis de los datos obtenidos hemos observado que consultan más por dolor los pacientes afectados de cáncer de colon, mama y pulmón y aquellos que realizan tratamiento paliativo.

En referencia a la edad tanto en hombres como en mujeres, la franja que más consulta comprende entre los 40 y 69. Teniendo en cuenta la resolución la mayoría de las llamadas se resuelven por teléfono o haciendo una visita en Atención Continuada, sin necesidad de ingresar o derivar a urgencias.

### **CONCLUSIONES**

Creemos por tanto necesario la implantación de un protocolo de actuación en función del perfil del paciente estudiado para mejorar la incidencia del mal control del dolor.



ID: 01436

Tipo: Póster

Área temática: El liderazgo de la enfermería oncológica

**CUIDADOS ENFERMEROS DE LOS EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON BACILLUS CALMETTE-GUERIN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Tamara Cortés Sánchez, Rosa Isabel Pedreño Cobo, Irene Junco Vicente, María José Polvillo Avilés, Dolores Giménez García, Josefa García Jiménez

Hospital de Día Oncológico. Unidad de Oncohematología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer de vejiga es la más frecuente de las neoplasias uroteliales. Entre los factores de riesgo se incluyen que el paciente sea fumador o la exposición a anilinas y la esquistosomiasis. La instilación intravesical de agentes quimioterápicos e inmunoterápicos es una práctica frecuente, tras la resección transuretral (RTU), como profilaxis de la recurrencia del cáncer superficial de vejiga, siendo la mitomicina y el Bacillus Calmette-Guérin (BCG) los más utilizados actualmente. Los principales efectos secundarios del tratamiento con BCG son síndrome miccional irritativo autolimitado, macro-hematuria, infección urinaria, síndrome febril, que aparecen en las primeras 24-48 horas, sin afectación del estado general del paciente.

**OBJETIVOS**

Indagar la importancia de los cuidados enfermeros en pacientes en tratamiento con instilación vesical de BCG.

**METODOLOGÍA**

Revisión bibliográfica en bases de datos: Scielo, Cochrane y CUIDEN. Con descriptores DeCS o palabras claves "enfermería", "cuidados",

"intravesical" y "BCG". Se usa diferentes operadores booleanos.

**RESULTADOS**

De todos los artículos buscados y revisados, se encuentran cuatro que relacionen los cuidados enfermeros con la administración de BCG intravesical. De ellos, dos son revisiones bibliográficas, una guía y un estudio descriptivo. Además, encontramos un par de artículos que hablan sobre los efectos secundarios de la BCG y la administración intravesical. El personal de enfermería es clave en la monitorización y el seguimiento de los efectos adversos derivados de la instilación de BCG, reconociendo los síntomas de alarma y aplicando los cuidados necesarios para resolverlos.

Según la gravedad de estos síntomas, enfermería actuará posponiendo las instilaciones y comunicándolo al facultativo referente, que será quién decidirá si disminuye la dosis o la suspende, informando siempre al paciente de todo el proceso.

Los cuidados de enfermería, la educación sanitaria, la empatía, el apoyo emocional y la visión holística de esta profesión, son de gran importancia para el éxito del tratamiento. Tienen un papel crucial para que el paciente termine la fase de mantenimiento en el tratamiento de BCG, de vital importancia para prevenir futuras recidivas.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El diagnóstico, el tratamiento y la monitorización de los efectos adversos del tratamiento con BCG, son básicos para evitar complicaciones más severas y que puedan ser tratadas a tiempo. A pesar de la importancia de la enfermería en el abordaje del paciente, tanto en la administración del tratamiento, el seguimiento de los efectos adversos y la aplicación de cuidados específicos, la bibliografía es muy escasa, no dándole el valor que corresponde.



ID: 01437

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Josefa García Jiménez, Rosa Isabel Pedreño Cobo, María José Polvillo Avilés, Nieves Huerga Sánchez, Alberto Llano Carreto, Amel Aghlane

Hospital de Día Oncológico. Unidad de Oncohematología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

#### **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades oncológicas por sus características, tales como la imprevisibilidad, la incertidumbre, la amenaza para la vida o la ambigüedad, conllevan normalmente una sensación de falta de control en los pacientes. Ante esta situación, entendemos comunicar como "dar a conocer actos, gestos o palabras", ofrecida al paciente, así como la relación terapéutica, que el equipo sanitario y en especial las enfermeras establecen con el mismo. Sin embargo, no es tan importante la cantidad de información que dan los profesionales de enfermería como el estilo de comunicación necesario, adaptado a las necesidades de cada paciente, ya que "para informar, hay que saber comunicar".

#### **OBJETIVO**

Indagar sobre la importancia de la comunicación de enfermería con los pacientes oncológicos.

#### **METODOLOGÍA**

Se realiza una revisión bibliográfica y lectura crítica en las bases de datos Medline, PubMed, CINHALL y Cuiden. Se usan los descriptores y palabras claves "comunicación", "enfermería" y "oncología". Se manejan los diferentes operadores booleanos. Se obtienen un total de 14 Artículos.

#### **RESULTADOS**

Se encuentran 4 artículos especiales, 3 con metodología cualitativa y 3 revisiones sistemáticas/ bibliográfica. Cinco son publicados en los últimos 5 años y 9 desde el 2009. Once de ellos son realizados en España. Toda relación terapéutica implica un proceso de relación interpersonal, para lo cual debemos aprender a desarrollar una serie de habilidades comunicativas.

Los profesionales reconocen como elementos favorecedores de la comunicación aspectos que dependen del profesional sanitario, (el tipo de acogida, el tiempo dedicado y la importancia que se le dé a la comunicación). Existen estilos de comunicación cuyo contenido y tono emocional incentiva la confianza, transmite seguridad o logran que el paciente sea más participativo, desarrollando lazos terapéuticos significativos.

Los pacientes suelen desarrollar una relación más estrecha y de confianza con enfermería, puesto que son las personas más cercanas y con las que más tiempo permanecen, para preguntar sus dudas sobre la enfermedad y el tratamiento oncológico. La enfermera oncológica con habilidades comunicativas es capaz de: reducir el temor, calmar, saber escuchar, mitigar el duelo y con ello conseguir y facilitar la adhesión terapéutica.

#### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Un estilo de comunicación que transmite confianza, seguridad y el acompañamiento emocional adecuado, puede lograr que el paciente se muestre más participativo y que tenga cierta sensación de control sobre su enfermedad. Todo esto se verá reflejado positivamente en la calidad de los cuidados y en la visión que los pacientes oncológicos tienen de la Enfermería.

ID: 01438

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **SALINIZACIÓN VERSUS HEPARI-NIZACIÓN EN CATÉTERES PERIFÉRICOS CORTOS PARA QUIMIOTERAPIAS DE DURACIÓN SUPERIOR A UN DÍA**

Sergio Martin Montero, Camino Del  
Río Pisabarro, Beatriz Sarriegui  
Azkarate, Nekane Sanz Goiri, Laura  
Tamargo Esparza, Naroa Carrapiso  
Iglesias

Hospital Universitario Donostia, Osakidetza

### **INTRODUCCIÓN**

El paciente oncológico, en tratamiento quimioterápico, recibe numerosas punciones venosas. Para reducir el impacto emocional, en el hospital de día de oncología, para protocolos de tratamiento de más de un día, ofrecemos mantener la vía periférica (VP) hasta finalizar el ciclo. Dicha VP es utilizada una vez cada 24h exclusivamente para quimioterapia. Además, canalizamos el menor calibre posible evitando ocupar más del 33% de la vena disminuyendo la irritación de la capa íntima.

Hasta finales de 2018, realizábamos el sellado con suero con heparina (SH) creyendo que disminuye las obstrucciones y mantiene en mejores condiciones las VP. Revisando bibliografía, observamos que el suero fisiológico (SF) es el más recomendado actualmente, por tanto, decidimos hacer un estudio durante marzo de 2019.

### **OBJETIVOS**

- Conocer el comportamiento de estas VP selladas con SF 10cc o SH (20ui/ml) 1ml.
- Descubrir con cuál se consigue un correcto mantenimiento.

### **MÉTODO:**

Estudio analítico, prospectivo. En Farmacia revisan los pH de los tratamientos con tiras de pH-metría. Todos tienen pH entre 5-9, apto para la administración por VP.

Se crean 2 grupos, grupo SF y grupo SH, asignado de manera aleatoria al llegar a la unidad. Utilizamos una hoja de recogida de datos anotando: calibre, localización, bioconector, motivo de retirada y duración, además del mantenimiento y sellado correspondiente. Incluimos VP cuyo protocolo dura más de un día (CDDP-VP16: 3 días, BEP: 5 días y FUFOL: 3-5 días).

### **RESULTADOS:**

Obtenemos una n=27, 13 SSF y 14 SH. Analizando las retiradas, Fin de tratamiento, 84,6% SF y 85,7% SH:

- En SF: 1 flebitis 7,6%, 1 extravasación 7,6%.
- En SH: 1 Flebitis 7,1%, 1 de retirada accidental 7,1%.

En cuanto al calibre, el 92,6% de las VP con 24G, y 7,4% 22G. Siendo también el 92,6% del total canalizadas en antebrazo, zona segura recomendada para quimioterapias. Observando el mantenimiento, un mayor número de vías refluye con SSF, 62% frente a un 42,8% con SH.

### **CONCLUSIONES:**

A pesar de que la muestra estudiada es pequeña, en el motivo de retirada no encontramos diferencias significativas, retirando la mayoría por fin de tratamiento. Concluimos que, en ambos casos, el mantenimiento es satisfactorio. Decidimos utilizar SF obteniendo resultados de mayor permeabilidad, añadido a que SH presenta más desventajas clínicas, un mayor coste y que los viales de heparina tienen riesgo de contaminación si se usan para varios sellados.

ID: 01439

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **REVISIÓN DEL IMPACTO DE UNA VALORACIÓN ESTANDARIZADA DE ENFERMERÍA DEL CAPITAL VENOSO RELACIONADO CON LAS EXTRAVASACIONES**

Laura Tamargo Esparza, Camino Del Río Pisabarro, Naroa Carrapiso Iglesias, Sergio Martín Montero, Ainhoa Retegui Moreno, Paula Aspiazu Monterrubio

Hospital Universitario Donostia, Osakidetza

### **INTRODUCCIÓN**

Un fármaco antineoplásico extravasado causa daños tisulares que dependerán del fármaco (potencial lesivo), localización y cantidad extravasada.

La bibliografía describe baja incidencia de extravasaciones (0,1 - 6,5%) dado el alto volumen de antineoplásicos administrados. El adiestramiento de enfermería y los factores de riesgo que presentan los pacientes como linfadenectomía, venopunciones repetidas u obesidad, influyen en su producción. Enfermería integra en enero de 2018 una evaluación estandarizada para valorar el capital venoso previo comienzo de la quimioterapia. Esta sistemática podría reducir las extravasaciones, ya que identifica pacientes no candidatos a catéter venoso periférico (CVP), derivándoles para catéter central.

### **OBJETIVOS**

Conocer la incidencia y gravedad de extravasaciones antes y después de la valoración estandarizada, y su impacto. Estudiar la relación de extravasaciones con el número previo de ciclos recibidos. Saber si la estandarización reduce las extravasaciones.

### **METODOLOGÍA**

Estudio cuasiexperimental antes y después, en adultos que recibieron

quimioterapia por CVP en el hospital de día de oncología todo el 2017 (periodo pre) y durante 2018 (post). Se recogieron en base de datos las extravasaciones de citostáticos registradas durante ambos periodos, utilizando una plantilla de historia clínica electrónica reflejando: medicamento extravasado, concentración, dosis, localización de CVP, modo de administración.

En enero del 2018 se implanta una valoración unificada por enfermería de consultas-hospital de día facilitando la pertinencia de derivación o colocación de PICC/Reservorio.

### **RESULTADOS**

En 2017 hubo 30 extravasaciones, de 14.094 tratamientos administrados, surgiendo el 0,21%. 28 grado 1, sólo 2 requirieron seguimiento y tratamiento para las quemaduras de 2º grado provocadas, resueltas completamente.

En 2018, disminuyeron al 0,16%; 24 entre 15.244, todas grado 1. Por ciclos, 15 fueron en el primero (9 en 2017 y 7 en 2018), 14 en el segundo (6 y 7 respectivamente), y el resto en ciclos posteriores, finalizando el tratamiento.

En este período, hubo modificación de criterios de derivación para colocación de otro dispositivo en 4 pacientes, 1 precisó línea media ecoguiada y 3 PICC.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La estandarización en la valoración refuerza que la mayoría de las extravasaciones ocurren en el Ciclo 1, cuando el paciente no está adaptado al medio, mostrando un área de mejora en la que incidir. La disminución de extravasaciones en el periodo post apoya que existe menos variabilidad en la decisión final, ya que sólo en 4 se cambia de criterio, casi todos en primeros ciclos, descartando un riesgo mayor en ciclos avanzados si la valoración inicial es correcta.

ID: 01440  
Tipo: Póster  
Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

Conseguir reducir el dolor y aumentar la calidad de vida.

## **LA PIEL: PREVENCIÓN DE MARSÍ**

Blanca López Eiriz, Raquel Vázquez Queijeiro

HM MODELO La Coruña  
e-mail: [eiriz2009@gmail.com](mailto:eiriz2009@gmail.com)

## **METODOLOGÍA**

MARSÍ tienen una mayor prevalencia que las úlceras por presión, por lo que es evidente la importancia y necesidad de generar acciones encaminadas a la prevención de dichas lesiones.

## **INTRODUCCIÓN:**

Pretender que los profesionales de enfermería reflexionen sobre el uso de racional y adecuado de los adhesivos de uso sanitario, ya que generan pérdida en la continuidad de la piel.

Factores de riesgo de MARSÍ.

Intrínsecos:

- Condición oncológica.
- Alteraciones metabólicas deshidratación, malnutrición.
- Etnia.
- Enfermedad sistémica de base
- Edad (estado de la piel, condición de cuidado).

Extrínsecos

- Práctica asistencial.
- Tipo de adhesivo (plasticidad, viscosidad...)
- Terapia de radiación, medicamentos...
- Uso reiterado de adhesivos

Diseño y propiedades del adhesivo:

- Fuerza adhesiva
- Rigidez del material
- Oclusividad
- Reología del adhesivo

## **OBJETIVOS**

Concienciar a los profesionales de la salud sobre la existencia, prevención, identificación y tratamiento de las lesiones de la piel tipo MARSÍ (*Medical Adhesive Related Skin Injury*).

Crear un protocolo para realizar mejor práctica.

## **RESULTADOS**

Disminución de las lesiones de la piel por el uso inadecuado de los adhesivos sanitarios.

Reducir los altos costes económicos que generan.

La difusión del protocolo para mejores prácticas constituye la propuesta de una línea de actuación para la correcta utilización de los adhesivos de uso sanitario.

## **DISCUSIÓN**

Se pretende dar a conocer manejos sencillos frente a actuaciones equivocadas e identificar rutas para disminuir lesiones que son evitables.

ID: 01441

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **LA ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DE ENSAYOS CLINICOS ¿CÓMO DISMINUIRLA? PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

Silvia Puyalto Corral, Carla Junyent Navarro, Lydia Vélez Minguilón, Marta Mate Carreño, Andrea Martínez García

Unidad de ensayos clínicos de oncología Fase II, H. U Vall d'Hebron, Barcelona.

#### **INTRODUCCION**

Desde el punto de vista de enfermería de ensayos clínicos de oncología nos corresponde verificar cómo afecta la ansiedad al desarrollo de la enfermedad y al bienestar general de los pacientes que participan en un estudio. Estudios actuales sostienen la importancia de la ansiedad en la respuesta terapéutica de los enfermos oncológicos; sin embargo, la gran mayoría de los pacientes que sufren estos trastornos no son correctamente identificados ni reciben siempre el tratamiento adecuado.

Por ello los profesionales de la salud debemos tener los conocimientos adecuados para afrontar los problemas, y poder ofrecer al paciente unos cuidados de calidad individualizados, de acuerdo con sus necesidades. Por otro lado, como enfermeras pensamos que estos trastornos emocionales podrían influir en la evolución de la enfermedad, tratamiento y pronóstico, puesto que tiene como consecuencia un menor nivel de adherencia terapéutica y calidad de vida.

#### **OBJETIVO**

General: Identificar el nivel de ansiedad de los pacientes que inician un ensayo clínico.

Específicos: Valorar los factores psicoemocionales que influyen en los pacientes y les crean la ansiedad. Monitorizar la ansiedad durante el tratamiento.

#### **METODOLOGIA**

Se realizará un estudio descriptivo, de prevalencia transversal y cuantitativo en la unidad de ensayos clínicos de Oncología del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Se incluirán pacientes que hayan aceptado participar en un estudio clínico oncológico siguiendo unos criterios de inclusión y exclusión. Criterios de inclusión: pacientes que entren en un ensayo clínico en esquema FOLFOX de abril hasta julio de 2019 y con un rango de edad entre 18 y 80 años.

Criterios de exclusión: pacientes incapaces de rellenar los cuestionarios y pacientes ya diagnosticados con trastornos de ansiedad. Será imprescindible la firma del consentimiento informado de los pacientes, se les pasará un cuestionario auto aplicable donde indicarán sus características socio-demográficas y seguidamente la escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HAD) que se entregará antes de realizar cualquier procedimiento del ensayo, antes de comenzar C1D1, antes de cada TAC y en la progresión con la finalidad de monitorizar la ansiedad presente en los pacientes.

#### **RESULTADOS ESPERADOS**

En base a nuestra experiencia creemos que al realizar esta investigación podemos obtener resultados de ansiedad elevada, sobre todo antes de comenzar el tratamiento y al esperar la valoración de la enfermedad. Así pues, valoraríamos la implantación de una consulta de enfermería como nueva figura dentro de los ensayos clínicos para crear un clima de apoyo, remediando el evento estresante e informando al paciente sobre su enfermedad.

ID: 01442

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA INMUNOTERAPIA**

Irene Junco Vicente, Rocío Romero Castillo, Eduardo J. Montilla Burgos, Francisca Marín Jiménez, Asunción Ferrera Barrera, M<sup>a</sup> Dolores Damián Carmona

Hospital Universitario Virgen Macarena. Servicio de Oncología, Hospital de Día. Sevilla.

### **INTRODUCCIÓN**

La inmunoterapia es la utilización de elementos del propio sistema inmune del organismo con el fin de garantizar la destrucción selectiva de las células tumorales.

Estos tratamientos se asocian a una menor toxicidad que la quimioterapia convencional, pero puede provocar efectos adversos que deben ser identificados y manejados de manera precoz, adecuada y eficaz. Por eso, el personal de Enfermería es una parte imprescindible en el tratamiento y manejo de estos participando en los equipos multidisciplinares que atienden al enfermo oncológico.

### **OBJETIVOS**

Objetivo general: describir el papel de Enfermería en el manejo de los efectos adversos como consecuencia de los tratamientos de inmunoterapia en los pacientes oncológicos.

Objetivos específicos: Aprender a identificar los efectos secundarios inmuno-relacionados. Conocer el manejo de las toxicidades inmuno-relacionadas.

### **METODOLOGÍA**

Revisión bibliográfica del papel de Enfermería en el manejo de los efectos secundarios de la inmunoterapia.

Se consultaron diferentes bases de datos: CUIDEN, Google Académico,

Medline/PubMed. El ámbito de cobertura ha sido nacional e internacional. Se limitó la búsqueda desde 2015 hasta la actualidad y con la utilización de los operadores booleanos "and" y "or". Palabras clave: "efectos secundarios", "paciente oncológico", "inmunoterapia", "enfermería".

### **RESULTADOS**

Los tratamientos de inmunoterapia pueden provocar diversos efectos adversos debido a la estimulación aumentada que hace el sistema inmunitario. Las toxicidades principales son: gastrointestinal (colitis), pulmonar (neumonitis), hepática, cutánea (rash), malestar general, cansancio, hipofisitis y alteraciones hormonales (principalmente de tiroides). Manejo de Enfermería:

1. Evaluación del paciente: desarrollar un plan de cuidados individual.
2. Educación sanitaria: proporcionar toda información sobre los efectos adversos con el fin de identificarlos de manera precoz.
3. Coordinación del cuidado con el equipo multidisciplinar.
4. Atención directa: garantizar la seguridad del paciente en la administración de tratamiento.
5. Gestión de síntomas.
6. Atención integral: proporcionar cuidados físicos y psico-emocionales.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El papel de enfermería es fundamental en la educación sanitaria del paciente para un reconocimiento precoz de síntomas y efectos secundarios de la inmunoterapia, para así actuar de forma rápida y efectiva en el tratamiento de estos. No solo es necesario el conocimiento de los efectos adversos generales y los específicos de cada tipo, sino también ofrecer un cuidado integral con la gestión de los efectos psicológicos que conlleva.



ID: 01443

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **EXPERIENCIA DE USO EN CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA DE LARGA DURACIÓN EN PEDIATRÍA**

Rosario Cumplido Corbacho, M<sup>a</sup>  
Dolores García Ferrera, M<sup>a</sup> Carmen  
Morales López

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### **INTRODUCCIÓN**

Administrar el tratamiento por el catéter más adecuado y seguro, y preservar el capital venoso del paciente, es prioritario en la elección del tipo de catéter a implantar.

En adultos, los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) se han convertido sin duda en una excelente opción. En cambio, el tamaño de las estructuras anatómicas en pediatría y otras cuestiones, dificultan su uso sobremanera. Este estudio aborda diferentes cuestiones: calibre venoso, complicaciones y aprendizaje de la técnica.

### **OBJETIVOS**

Describir las complicaciones de los PICC de larga duración implantados. Describir las características anatómicas del capital venoso pediátrico. Analizar las complicaciones de la técnica para enfermería.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo, prospectivo, observacional, de todos los pacientes con PICC de larga duración implantados durante el año 2017.

Se analizó: porcentaje de complicaciones, screening de medidas de calibre venoso mediante ultrasonido en relación con percentil peso/edad, dificultades durante la técnica de inserción del catéter.

### **RESULTADOS**

Se han implantado 12 catéteres a pacientes de edades comprendidas entre 6 y 17 años. Pacientes de edades inferiores no presentaban calibre suficiente para la implantación del PICC.

Complicaciones: 75% de los pacientes no conservaron el catéter hasta final de tratamiento. 4 por sospecha de infección, 2 por desplazamiento del catéter, 2 por obstrucción mecánica del mismo y 1 por trombosis pulmonar.

Calibre vascular: se midió basilica, braquial y cefálica en ambos brazos, en 54 pacientes, tomándose como referencia el mayor de ellos; 76% presentaban percentil inferior al 50% para su peso y edad. 100% de pacientes menores a 5 años tenían calibre < 3mm.

Técnica de inserción: todos los procedimientos >1h con sedación, 1 punción arterial, 2'3 intentos/procedimiento, 0 afectación del paquete nervioso, 2 hematomas leves.

### **DISCUSIÓN**

La baja tasa de inserción de catéteres (12 procedimientos/año) dificulta el adiestramiento de los profesionales. Las complicaciones (75%) son similares a adultos (otros estudios 74%), sin embargo, es inferior el número de pacientes que conservan el catéter hasta fin de tratamiento.

El calibre venoso en pediatría impide la canalización del PICC en numerosos casos, dado que la medida más pequeña del mercado es 3 Fr.

### **CONCLUSIONES**

El PICC de larga duración aún no se ha consolidado como opción terapéutica en población pediátrica. Se precisan catéteres de menor calibre para cubrir una amplia franja de población. Las complicaciones son similares a la población adulta.

ID: 01444

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Urgencias oncológicas

## **ANÁLISIS DE LAS DESENSIBILIZACIONES EN TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSTICOS**

Laura Bascuñana Sánchez, Rosa Ana Jiménez Álamo, Carolina Buendía Gilabert, Miriam Barreu Milanés, Francisco Javier Ruiz Díaz

Vall d'Hebron Barcelona Campus hospitalario  
e-mail: lbasacunana@vhebron.net

### **INTRODUCCION**

Los tratamientos antineoplásicos tienen riesgo potencial de producir una reacción infusional o de hipersensibilidad, presentando desde síntomas leves (prurito, urticaria, náuseas, vómitos, dolor abdominal, etc.) a severos (broncoespasmo, angioedema), incluyendo en ocasiones la anafilaxia.; provocando en muchos casos la suspensión del tratamiento.

Es por ello que, en nuestra unidad se implantó un circuito multidisciplinar (servicio de alergias, oncología médica, farmacia y enfermería) para la administración del tratamiento mediante pautas de desensibilización, con el objetivo de poder administrar el tratamiento de elección.

Las desensibilizaciones se basan en la administración gradual de pequeñas cantidades del fármaco, administrándolo en largos periodos de tiempo hasta alcanzar la dosis terapéutica. La implicación del personal experto de enfermería juega un papel fundamental en todo el proceso, tanto en la detección precoz de signos y síntomas ante una reacción de hipersensibilidad, como en una rápida actuación para revertir dicha sintomatología.

### **OBJETIVOS**

Presentar datos estadísticos de las desensibilizaciones realizadas en

Hospital de día Oncología entre 2016-2018.

Destacar el papel de enfermería durante la administración de la desensibilización.

### **METODOLOGIA**

Explotación de la base de datos (Excel) del registro de las variables cuantitativas y cualitativas: paciente, diagnóstico, medicación, fecha inicio y fin desensibilización, y motivo; ciclo de la reacción infusional.

Análisis descriptivo retrospectivo del 2016-2018 de las desensibilizaciones en la unidad.

### **RESULTADOS**

Se han registrado 72 desensibilizaciones, siendo 41.67% n.ovario, el 22.22% n.colon, 16.67% n.mama, 8.34% n.pulmón y otros. Los fármacos más reactivos: Carboplatino (27.78%), Oxaliplatino y Paclitaxel (16.67% ambos), Docetaxel e Irinotecan (8.33% ambos) y otros, incluyendo algunos anticuerpos.

Las reacciones se han presentado mayormente en el primer ciclo (51.39%) seguido del segundo (15.28%). Destacando que 25 pacientes pudieron finalizar el tratamiento de elección en pauta de desensibilización. El resto finalizaron por cambio de tratamiento, progresión u otros motivos.

### **CONCLUSIONES**

Disponer de un equipo de enfermería formado y experto, es clave para la detección y actuación inminente ante las reacciones infusionales de los tratamientos. Tras la puesta en marcha del circuito, se ha conseguido administrar de forma conjunta, en pauta de desensibilización, el tratamiento de elección, controlando sintomatología, detectando y abordando la aparición de nuevas reacciones, incidiendo en la seguridad del paciente; ya que previamente, se

procedía a la suspensión del tratamiento.

Los dos primeros ciclos de la desensibilización son administrados conjuntamente por el servicio de alergias y enfermería, si estos no presentan complicaciones, será enfermería la encargada de administrar el tratamiento en pauta de desensibilización, potenciando así la autonomía y destreza de la figura enfermera.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. David Delgado-Sevilla, Francisca Morte-Martín, Clara Catalán Sánchez, Belén Fernández Castro, Raquel Pérez Reyes. Tania Sánchez-Guio. Desensibilización en quimioterapia: un nuevo reto para los cuidados, Revista de Enfermería Integral. Nº 114 Diciembre 2016.
2. David Baquero-Mejía, Alfredo Iglesias-Cadarso, María del Mar Goñi-Yeste, María del Mar Reaño-Martos, Marta Rodríguez-Cabrero, Matilde RodríguezMosquera. Desensibilización a quimioterápicos: nuestra experiencia. Rev Alerg Mex. 2018;65 Supl 1:38-39.
3. Revisión de las reacciones de hipersensibilidad a antineoplásicos. S. Cortijocasajares, M.J. Jimenez-Cerezo, A. Herreros de Tejada. Rev Farmacia hospitalaria. 2012;36 (3): 148-158.
4. Gastaminza G, De la Borbolla JM, Goikoetxea MJ, Escudero R, Anton J, J Espinos et al. Un nuevo protocolo de desensibilización rápida para los agentes de quimioterapia. JInvestig Allergol Clin Immunol. 2011; 21: 108-12.
5. Castells M, Sandro MC, Simarro M. La hipersensibilidad a agentes antineoplásicos: mecanismos y el tratamiento con la rápida desensibilización. Cancer Immunol Immunother. 2012;61: 1575-1584.
6. Huiwen E, Kuang Y, Hiang M, Alcasabas P, Pel-chi L. Evaluación y manejo de reacciones de hipersensibilidad a los agentes de quimioterapia. Postgrad Med J. 2015 Mar; 91(1073):145-50.
7. Sloane D, Govindarajulu U, Harrow M, Barry W, Ida F, et al. La seguridad, los costos y la eficacia de fármaco rápida desensibilización a quimioterapia y anticuerpos monoclonales. Journal Allergy Clin Immunol Pract. 2016; 4(3): 497- 504.

ID: 01445

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

## **REVISIÓN DE LAS REACCIONES AGUDAS A FARMACOS ANTI-NEOPLASICOS EN UN HOSPITAL DE DIA**

Naroa Carrapiso Iglesias, Camino Del Río Pisabarro, Laura Tamargo Esparza, Sergio Martín Montero, Saioa Echaniz Salvador, Irene Martínez Garmendia

Hospital Universitario Donosti, Osakidetza

### **INTRODUCCION**

El manejo de fármacos antineoplásicos es complejo, provocando reacciones de hipersensibilidad graves, lo cual implica que el equipo de enfermería, conozca su potencial lesivo, reaccionando con eficacia.

La continua inclusión de nuevos fármacos, consecuencia de la intensa investigación en cáncer, y rotación habitual del personal, son elementos que dificultan la respuesta profesional a las RAM. Debido a ello, es interesante recoger datos que ayuden a identificar los momentos más críticos en un hospital de día que administra de media, más de 14.000 sesiones al año.

### **OBJETIVOS**

Conocer qué fármacos producen más reacciones agudas medicamentosas (RAM), en relación a dosis totales administradas.

Conocer el grado de gravedad de las reacciones, para conocer la eficacia del protocolo de actuación de nuestra unidad.

### **METODOLOGIA**

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en la recogida de RAM de fármacos antineoplásicos a adultos con cáncer que recibieron sesiones durante el periodo 2017-2018.

Inclusión de las reacciones acaecidas en Excel 2010 para su posterior análisis, incluyendo ítems de esquema

administrado, dosis totales recibidas, gravedad, síntomas asociados, tiempo hasta resolución del episodio, actitud terapéutica posterior, derivación a Servicio de Alergias y nivel de marcadores si procede.

### **RESULTADOS**

Se registran 141 reacciones de 29.338 tratamientos administrados, (14.094 en 2017 y 15.244 en 2018). Las 141 RAM son a: Paclitaxel (86), Oxaliplatino (17), Docetaxel (8), Irinotecan (6), Carboplatino (4), Cetuximab (4), Doxorrubicina (4), Pertuzumab (3), Pemetrexed (2), Trastuzumab (2), Vinorelbina (2), Cisplatino (1) y Etopósido (1). De ellas, 102 (72.34%) leves, 36 (25.53%) moderadas y 3 (2,13%) graves.

El paclitaxel ha presentado reacción en un 1,43% de 5974 administrados, confirmándose, que es el fármaco que más reacciones produce (60.99%). Se observa, que es en los primeros 3 ciclos cuando más reacciones aparecen, sobre todo en el 2º. Tras una RAM, en los ciclos posteriores, se administra premedicación extra y se inicia el tratamiento en pauta ascendente durante 20 minutos, reduciendo así el riesgo de una nueva RAM.

### **CONCLUSION**

Para actuar rápido ante una RAM, disponemos de un kit de reacciones con medicación precargada y soporte de vía aérea, junto con un protocolo de actuación, dándolo a conocer a todos los profesionales desde su llegada a la unidad. Un buen adiestramiento de enfermería y pacientes facilita una detección precoz de los síntomas, junto con una rápida actuación basada en el protocolo. Así mismo, en el 2018 se produjeron 52 reacciones, observándose un descenso considerable respecto al año 2017 (89 reacciones).

ID: 01446

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE ANCIANO CON CÁNCER: CIRCUITO ONCOGERIÁTRICO**

Teresa Herrador Arroyo, Laura Bascuñana Sánchez, Ingrid Faura Rocabert, María Carme Grau Massanes, Verónica Naranjo García, Raquel Álvarez García

Hospital de día, servicio oncología médica, Vall d'Hebron Barcelona Campus Hospitalario  
e-mail: therrada@vhebron.net

### **INTRODUCCIÓN**

El progresivo envejecimiento de la población, el aumento en la incidencia de cáncer en edades avanzadas y las características de estos pacientes plantea un nuevo reto a todos los profesionales implicados en el cuidado de dichos pacientes.

Es por ello que se ha generado la necesidad de la figura del oncogeriatra junto con enfermería para mejorar y conservar la calidad de vida del paciente. En 2017 ya se describió el circuito de atención multidisciplinar al paciente anciano y se ha procedido a la implementación.

### **OBJETIVO**

Implementar el circuito oncogeriatrico en el Hospital de Día de Oncología (HDO) del Hospital Vall d'Hebron.

### **METODOLOGÍA**

Se trata de una prueba piloto con diseño cualitativo y descriptivo, de septiembre de 2018- febrero 2019. Se incluyen pacientes mayores de 80 años que inician tratamiento de quimioterapia en HDO.

El análisis de datos se ha realizado a través de la creación de una base de

datos en la que se incluyen las variables a estudiar. Los datos obtenidos fueron recogidos en la primera visita de enfermería a través de las diferentes escalas de valoración integral del paciente geriátrico: Barthel, Oncodage8, Lawton y Brody, escala síndrome geriátrico, Pfeiffer y la escala de riesgo social TIRS. Posteriormente se continuó el seguimiento paralelo en el Hospital de Día de Oncología coincidiendo con los siguientes tratamientos, en los cuales enfermería realiza un control sobre las toxicidades.

### **RESULTADOS**

Un total de 20 pacientes (11 hombres y 9 mujeres), edad comprendida entre 80-87 años de edad y una puntuación inicial de Barthel de 90,75; siendo superior en ciclos posteriores debido a que el número de individuos disminuye.

Los motivos por los cuales se pierde el seguimiento es: 4 por progresión de la enfermedad, 3 finalizan tratamiento, 2 paran el tratamiento por otras causas (fractura fémur e inclusión ensayo clínico), 2 retrasan el ciclo por deterioro clínico y 1 ha fallecido.

### **CONCLUSIONES**

El estrecho seguimiento de los pacientes oncogeriatricos permite una detección precoz de las toxicidades asociadas al tratamiento, así como el posible deterioro secundario al proceso oncológico. Siendo importante valorar el riesgo/beneficio del paciente, la carga del tratamiento y la eficacia de la selección del tratamiento.

Destacar el papel de enfermería como la figura de referencia durante todo el proceso y de la realización de la VGI, para comunicar al resto del equipo multidisciplinar el resultado, y así abordar con más seguridad el plan terapéutico.

Esta nueva implantación permite mejorar la adherencia al tratamiento, así como el empoderamiento del

paciente con una mejoría en su calidad de vida y su seguridad, siendo necesario la coordinación con el equipo de atención primaria.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. María José Molina Garrido y Carmen Guillén Ponce. Oncogeriatría: una forma de optimizar la atención global del paciente anciano con cáncer. Nutr. Hosp. vol.33 supl.1 Madrid 2016.
2. Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, Wedding U, Basso U, Colloca G, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: An update on SIOG recommendations. Ann Oncol. 2015;26(2):288-300
3. Molina-Garrido MJ, Guillén-Ponce C. Tools for decision-making in older cancer patients. Role of the comprehensive geriatric assessment. Anticancer Agents Med Chem 2014;14(5):651-6.
4. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: The oncodage prospective multicenter cohort study. PLoS One. 2014;9(12).
5. Sattar S, Alibhai MH, Wildiers H, Puts TE. How to implement a geriatric assessment in your clinical practice. Oncologist. 2014;19(10):1056.



ID: 01447

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **APROXIMACIÓN CUALITATIVA A LA EXPERIENCIA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SOMETIDO A TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**

M<sup>a</sup> Dolores García Ferrera, Rosario Cumplido Corbacho, M<sup>a</sup> Carmen Morales López

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

### **INTRODUCCIÓN**

Los avances en la realización del Trasplante de Médula Ósea (TMO) han logrado reducir efectos secundarios, complicaciones, tiempo de aislamiento y la hospitalización requerida. Sin embargo, estos tratamientos no están exentos de riesgos y de situaciones potencialmente estresantes que deben afrontar los pacientes y sus familiares durante el procedimiento y en la recuperación posterior. El cuidador del paciente pediátrico sometido a TMO, habitualmente uno de sus progenitores, parte desde una gran incertidumbre para afrontar la dura situación de aislamiento.

### **OBJETIVOS**

Describir los miedos e inquietudes que afrontan los cuidadores del niño sometido a TMO.

Analizar qué información les resulta más útil y relevante.

Profundizar en posibles estrategias de afrontamiento utilizadas durante la hospitalización en aislamiento.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo cualitativo. Se realizaron 6 entrevistas en profundidad a cuidadores de pacientes pediátricos sometidos a TMO, dos meses posteriores al alta. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas

mediante codificación en unidades de significado. Se continuaron hasta llegar al punto de saturación de la información.

### **RESULTADOS**

La principal preocupación de todos los entrevistados es el resultado del TMO. Otras inquietudes son: no saber afrontar momentos difíciles sin la presencia del otro progenitor, no saber si el paciente soportará el aislamiento, la separación prolongada del grupo familiar y cómo lo vivirán los hermanos del paciente, tener que afrontar una deshabituación tabáquica, cuestiones laborales.

Elementos positivos para afrontar el procedimiento: apoyo del personal sanitario, entrevista de acogida (previa al ingreso, como método para resolver dudas), comunicación con la familia gracias a Internet, existencia de aparatos de gimnasia en la habitación de aislamiento.

### **DISCUSIÓN**

Los elementos que provocan ansiedad en el cuidador se dividen en dos grandes grupos: los relacionados con el procedimiento y su resultado, y los relacionados con la situación de aislamiento. La ansiedad guarda una estrecha relación con la incertidumbre, por lo que la entrevista de acogida que se realiza en la unidad previa al ingreso es muy valorada, ya que supone un espacio donde resolver dudas de todo tipo.

### **CONCLUSIONES**

Los cuidadores y también los pacientes pueden beneficiarse de un programa educativo que contemple cómo es el procedimiento, qué complicaciones pueden surgir, visita a la unidad de TMO y entrenamiento en estrategias cognitivo-conductuales para disminuir la ansiedad. En general, la experiencia vista a posteriori, resulta menos traumática de lo anticipado por los cuidadores.

ID: 01448  
Tipo: Póster  
Área temática: Miscelánea

## **IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES EN LA COMUNICACIÓN SOCIAL DE ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CÁNCER.**

Julio C. de la Torre-Montero<sup>1</sup>, Virginia Ruiz Martín<sup>2</sup>, Begoña Martín Fernández<sup>3</sup>, Virginia Salinas Pérez<sup>4</sup>, Ivan Herrera Peco<sup>5</sup>, Ishoo Budhrani<sup>6</sup>

1) UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS. MADRID. 2) ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. 3) IDEAGORAS. MADRID. 4) UGC Miraflores Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce. MÁLAGA. 5) UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO 6) JUNTOSXTUSALUD. Farmacia Los REMEDIOS, LOS REALEJOS. SANTA CRUZ DE TENERIFE.

### **INTRODUCCIÓN**

Las iniciativas, tanto particulares, como corporativas, de diferentes sectores implicados en la prevención, diagnóstico, cuidado y tratamiento del cáncer, cada vez tienen mayor importancia en el mundo de la salud, precisamente por el impacto social que generan hacia un mayor conocimiento de la enfermedad.

**#JuntosXEICáncer** es una propuesta de carácter interdisciplinar cuyo objetivo es reunir a pacientes y profesionales de la salud de diferentes disciplinas, para compartir y expresar competencias y experiencias, ayudar a los pacientes y familiares.

### **OBJETIVOS**

El proyecto tuvo dos objetivos: la publicación de los diferentes posts (68) en el blog [juntosxtusalud.com](http://juntosxtusalud.com) en torno al **#DíaMundialContraElCáncer** del 2019 y la realización de un gran collage en forma de puzzle con la foto de las manos de los participantes, como alegoría a las piezas que somos todos los que trabajamos en el área de

la oncología bajo la etiqueta: **#JuntosXEICáncer**.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

La concurrencia de 62 personas a través de Redes Sociales permitió que la expresión de ese conocimiento fuera puesto a disposición de todos (Pacientes, Enfermeras, Médicos, Farmacéuticos, Sanitarios de Emergencias, Administrativos, Técnicos superiores de Imagen, etc.).

### **RESULTADOS**

El impacto fue medido en varios momentos como uno de los mayores en Twitter en español: *trending topic* el 24 de enero de 2019, día de comienzo, y 4 de febrero, fecha del Día Mundial del Cáncer: posteriormente se situó en el segundo puesto a nivel mundial dentro del área salud.

La suma de impactos de cada uno de los posts llegó a más de 30 millones de impresiones, 9.000 twits y 2.000 participantes con cerca de 12 twits por hora.

Asimismo, la página web recibió aproximadamente más de 29.000 visitas en los días de desarrollo del proyecto, alcanzando momentos de 1.500 usuarios por día. La difusión en otras redes como Facebook (3.000 personas por cada post) e Instagram confirmaron el éxito de la propuesta.

### **CONCLUSIÓN**

Cuando se sitúa al paciente en el centro de las atenciones y el cuidado, con iniciativas como esta, sin mayor interés que el fomento de la comunicación y la información de calidad, generando conocimiento de tejido digital, y donde los profesionales y pacientes toman la voz de forma desinteresada en diálogo con los pacientes y en pro de una mejor atención, las redes sociales se demuestran útiles y provechosas, donde se erigen como un foro abierto y libre.

ID: 01449

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **¿QUÉ SABEMOS LAS ENFERMERAS DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL DINUTUXIMAB? EXPERIENCIA DE UN CASO**

MI Donoso Calero, R Díaz Salcedo, G Páramo García, ME Moncunill Martínez, R Díaz Merchán, N Domínguez Pinilla

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. TOLEDO.

### **INTRODUCCION**

El neuroblastoma (NB) es el tumor extracraneal sólido más común de la infancia, con un 60% de los pacientes que presentan NB de alto riesgo. La inmunoterapia ha resultado particularmente prometedora para mejorar la supervivencia y la calidad de vida al reducir la exposición a agentes citotóxicos. El dinutuximab es un anticuerpo monoclonal que reacciona específicamente con el gangliósido GD2. Está indicado para el tratamiento de HN-RB en pacientes de 12 meses y mayores que han recibido previamente quimioterapia de inducción y han alcanzado al menos una respuesta parcial, seguido por tratamiento mieloablativo y trasplante de células madre. Tiene efectos secundarios significativos, como dolor neuropático, reacciones de hipersensibilidad, fiebre, hipotensión y pérdida capilar, entre otros.

### **OBJETIVOS:**

Describir los efectos adversos del Dinutuximab a través de un caso clínico real. Conocer los patrones clínicos que se afectan en la infusión y de ese modo, programar unos cuidados adecuados. Formar al personal sanitario encargado de la administración del fármaco.

### **MATERIAL Y METODOS:**

Revisión Bibliográfica con descriptivo de un caso clínico.

### **RESULTADOS**

Niña de 7 años diagnosticada de Neuroblastoma estadio M. Tratamiento según protocolo HR-NBL-1.

Trasplante de progenitores hematopoyéticos con complicaciones posteriores de enfermedad veno-oclusiva grave, cistitis y gastritis hemorrágica. Infusión de DINUTUXIMAB según protocolo (10mg/m<sup>2</sup>/día) durante diez días. Premedicación habitual. Infusión completada.

1. Hemodinámico: Precisó Noradrenalina en perfusión para control de la TA.
2. Respiratorio: Retención hídrica. Infiltrados en bases pulmonares con mínimo derrame pleural derecho que requiere oxigenoterapia de alto flujo durante 5 días.
3. Infeccioso: Presentó fiebre los primeros días de ingreso. Crecimiento de *S. Hominis* en PICC por lo que recibe 3 días de antibioterapia y sellado. Tratamiento con ciprofloxacino por ITU por *klebsiella oxytoca*.
4. Hidroelectrolítico/renal: Pérdida capilar con retención hídrica. Hipomagnesemia e hipofosforemia.
5. Digestivo: Buena tolerancia oral con escasa ingesta. No vómitos.
6. Analgesia: Dolor leve de características neuropáticas en región facial y cefalea.
7. Neurológico: Decaída los primeros días con escala de Lansky mínima de 30-40 sobre todo coincidiendo con cefalea.
8. Reacción cutánea tipo I (pápulas en región facial).

### **CONCLUSIONES:**

Dinutuximab presenta efectos secundarios graves por lo que la experiencia facilita su manejo en la administración. La administración requiere de profesionales con experiencia dado que los cuidados realizados son de un alto grado de complejidad.

La formación de los profesionales sanitarios se hace imprescindible para la administración segura y de calidad en este tipo de terapias.

ID: 01288

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **KÁLIDA: UN MODELO DE ASISTENCIA PSICOSOCIAL INTEGRAL**

Alicia López Grimaldi, Daniel Romero Montenegro, Encarni Sánchez López, Sara García, Victoria Rosàs Ferràs  
Hospital de Sant Pau de Barcelona  
E-MAIL: ALOpezG@santpau.cat

**Introducción:** El cáncer es una enfermedad con altas tasas de incidencia. 1/2 hombres y 1/3 mujeres padecerán esta enfermedad a lo largo de su vida. La tasa de supervivencia crece y el cáncer se cronifica. Esta enfermedad causa un desequilibrio emocional, espiritual, físico y social. Se ha evidenciado que, durante el proceso oncológico, hay una necesidad de atención psicosocial, una necesidad no cubierta. Solo 1/10 personas recibe algún tipo de atención psicológica durante la enfermedad y este déficit se hace aún más relevante entre familiares, amigos y/o cuidadores. La Fundación Káilda tiene como misión dar respuesta a este déficit y su primer centro en toda España se encuentra ubicado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

### **Objetivos:**

- Divulgar al colectivo de Enfermería Oncológica a nivel nacional el proyecto de la Fundación Káilda.
- Dar a conocer el modelo de asistencia psicosocial de Káilda que pretende dar respuesta a las necesidades de atención y acompañamiento de las personas enfermas de cáncer, cuidadores, familiares y entorno cercano.

**Metodología:** Reuniones con el equipo que lidera el centro Káilda Sant Pau.

- Revisión bibliográfica del marco teórico.

**Conclusión:** Los centros Káilda, diseñados bajo el concepto arquitectura para cuidar, nacen para acompañar a las personas adultas, así como sus familiares, amigos y/o cuidadores que conviven con el cáncer. Un modelo de asistencial-psicosocial integral basado en la evidencia científica y la experiencia de más de 20 años de la organización escocesa Maggie's, de la cual Káilda pertenece a su red internacional. El equipo formado por profesionales asistenciales especializados cuenta con el apoyo de voluntarios/as que dan la bienvenida y contribuyen en el mantenimiento y gestión de los centros Káilda. Los centros Káilda, adyacentes a los centros oncológicos de referencia son gratuitos y se puede acudir a ellos sin cita previa ni derivación médica. Desde el punto de vista de enfermería se observa un vacío y carencia en la continuidad de la atención psicoemocional y social de los pacientes y sus cuidadores., De ahí la importancia de la divulgación de este proyecto a nuestro colectivo

### Referencias:

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2018). Full-Text. Las Cifras Del Cáncer En España 2018, 24. <https://doi.org/M-3161-2018>.
2. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F (2002) WHO Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. Lyon: IARC Press.
3. Redondo A, Bagué S, Bernabeu D. "Malignant bone tumors (other than Ewing's): clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up by Spanish Group for Research on Sarcomas (GEIS)". Cancer Chemother Pharmacol (2017) 80:1113-1131
4. Bacci G, Rocca M, Salone M et al (2008) Highgrade osteosarcoma of the extremities with lung metastases at presentation: treatment with neoadjuvant chemotherapy and simultaneous resection of primary and metastatic lesions. J Surg. Oncol 98:415.
5. DiCaprio MR, Friedlaender GE (2003) Malignant Bone Tumors: Limb Sparing Versus Amputation. J Am Acad Orthop Surg 11:25-37.

ID: 01298

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

## **IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN GESTOR DE CASOS PARA PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE**

Sandra Jara Martínez<sup>1</sup>, Randa Ben Azaiz Ben Lahsen<sup>2</sup>, Maite Junquera Botas<sup>3</sup>, María Alicia Senin Magan<sup>4</sup>, María Arroyo de Castro<sup>1</sup>, Laura López Torres<sup>1</sup>, Anna Porcel Martínez<sup>1</sup>, Georgina Argemi Santonja<sup>1</sup>

1) Hospital Universitario Mutua de Terrassa  
2) Hospital del Mar 3) Hospital Universitario Vall d'Hebron 4) Hospital Germans Trias i Pujol

### **INTRODUCCIÓN**

Se ha implantado la figura de un Gestor de Casos (GdC)<sup>4</sup> en el servicio de hematología para pacientes con Mieloma Múltiple (MM)<sup>6</sup> de cuatro hospitales de la provincia de Barcelona (Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Hospital del Mar y Hospital Germans Trias i Pujol).

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico, evaluando tanto el control y seguimiento telemático para la monitorización de la adhesión al tratamiento, como la gestión y resolución de toxicidades y efectos secundarios al mismo.

### **OBJETIVOS**

Describir los motivos de llamadas de los pacientes y tipo de resolución efectuada. Contribuir a la eficiencia y sostenibilidad del sistema favoreciendo el uso adecuado de los recursos.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de MM que participaron en el proyecto de implementación del gestor de casos y

utilizaron el contacto telefónico con la enfermera referente para consultas relacionadas con la enfermedad, desde septiembre de 2014 hasta enero de 2019. Analizando las historias clínicas. Las variables: Procedencia de la llamada, motivo de llamadas y tipo de resolución. Registro de llamadas: 3464.

### **RESULTADOS**

- No se han observado diferencias significativas entre sexos en cuanto a la frecuencia de llamadas. (Hombres 56%-Mujeres 44%).

- En el análisis cualitativo de la variable "motivo de la llamada", se determina que el 46% corresponde a control de síntomas, el 24% a información del tratamiento y el 25% a programación.

- Los resultados muestran que la resolución de las consultas por parte de enfermería corresponde a un 92%. Esto evidencia el gran impacto que genera la implantación del GdC en el MM, extrapolable a todas las enfermedades hematológicas.

- Desde el inicio del GdC se objetiva una reducción del 75,5% de las consultas a urgencias relacionadas con el MM.

### **CONCLUSIONES**

- La incorporación de la figura del GdC de MM es rentable, eficiente, de calidad y satisfactoria, dado que reduce las visitas a urgencias, las visitas espontáneas a consultas externas que generan sobrecarga a la actividad médica, resuelven consultas vía tanto telemática como presencial, provocando la disminución del coste sanitario.

Con la colaboración de Celgene en el proyecto ENLACE (análisis de datos no clínicos sobre eficiencia y satisfacción del paciente).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Faiman B, Kurtin S, Timko J Gracie-King L. Multiple Myeloma Education: Results From the ACE Program's Digital, Serial Learning Approach. *CJON* 2018, 22(5): 120-126.
2. Taylor K. Living With Multiple Myeloma: A Focus Group Study of Unmet Needs and Preferences for Survivorship Care. *J Patient Exp*. 2018 Mar;5(1):6-15.
3. Rome S, Noonan K, Bertolotti P, Tariman JD, Miceli T. Bone Health, Pain, and Mobility: Evidence-Based Recommendations for Patients With Multiple Myeloma. *Clin J Oncol Nurs*. 2017 Oct 1;21(5 Suppl):47-59.
4. C. Aguilera Gómez a .Boqué GenovardbR.Córdoba, Mascuñanoc R.García DelgadodE.García BarahonaeM.Martífc.Santos Palomimog. Descripción y consenso del rol del profesional de enfermería en la gestión integral del paciente hematológico: resultados de un estudio Delphi multicéntrico nacional. *Journal of Healthcare Quality Research*. Volume 33, Issue 4, July–August 2018, Pages 234-243 r
5. López Vallejo M, Puente Alcaraz J. Institutionalisation of the case management nurse in Spain. Comparative analysis of health systems of the Spanish autonomous communities. *Enferm Clin* 2017. Nov 4. pii: S1130-8621(17)30161-4. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.09.007.
6. Thomas JE, Waite MA. Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018 Mar;27(5-6):1198-1208. doi: 10.1111/jocn.14166. Epub 2018 Jan 17
7. Alfieri E, Ferrini AC, Gianfrancesco F, Lise G, Messana G, Tirelli L, Lorenzo A, Sali L. The mapping competences of the nurse Case/Care Manager in the context of Intensive Care. *Acta Biomed*. 2017 Mar 15;88(1S):69-75. doi: 10.23750/abm.v88i1 -S.6285.
8. Durán Sánchez, Inés María; Muñoz Montaña, María del Rosario; Dávila Quintana, Santiago; Limón Ramos, Carmen; Osa García, Vicente de la; Campo Varela, Tomás. Cuidar en casa: la enfermera gestora de casos de pacientes paliativos hematológicos en el domicilio. *Biblioteca Lascasas*, 2009; 5(2).



ID: 01306

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PORTADORES DE SONDA PEG**

Rosa Panedas Treceño, M<sup>a</sup> Belén Maestro González

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

### **INTRODUCCIÓN**

Los tumores de cabeza y cuello representan un 5% total de todos los tumores. Los tratamientos empleados tienen efectos secundarios sobre la capacidad de comer, beber y hablar, que, junto con la localización de este tipo de tumores, hacen que el estado nutricional esté afectado. Una alimentación adecuada minimiza el deterioro, ofreciendo mejor tolerancia al tratamiento y disminuyendo probables efectos adversos. En estos tumores la motilidad y la capacidad de absorción del tubo digestivo están conservadas y como alternativa a la nutrición artificial por vía parenteral, la administración de alimentos directamente al estómago es la opción fisiológicamente más adecuada. La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) supone la mejor alternativa a la sonda nasogástrica (SNG), para garantizar la correcta alimentación en el ámbito domiciliario.

### **OBJETIVOS**

1. Conocer datos relevantes de la importancia de la disfagia en los pacientes con tumores en cabeza y cuello.
2. Describir la técnica, indicaciones y complicaciones de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).
3. Identificar cuidados de enfermería en pacientes portadores de la

PEG para evitar las complicaciones asociadas a su manejo.

### **METODOLOGÍA**

Se realiza una revisión sistemática de la literatura científica en bases de datos: Cochrane, Pubmed, Scielo, CUIDEN, DIALNET según las palabras clave: cáncer de cabeza y cuello, nutrición enteral, atención de enfermería/cuidados de enfermería, gastrostomía, sonda PEG; y de revistas digitales tanto en español como en inglés, así como manuales y protocolos de centros especializados.

### **RESULTADOS**

La PEG es una técnica endoscópica que permite la colocación de una sonda flexible, creando una comunicación entre la pared abdominal y la cavidad gástrica, asegurando la alimentación directa al tubo digestivo del paciente. Es mejor alternativa para la alimentación enteral en el domicilio, cuando el periodo de nutrición es superior a 4 semanas y esperanza de vida mayor a 2 meses, por su sencillez, utilidad, seguridad, fácil manejo y bajo coste. Los principales cuidados están relacionados con el estoma, manejo de la sonda y de la nutrición enteral.

### **CONCLUSIONES**

Los pacientes con cáncer de cavidad oral representan un alto riesgo de desnutrición y pérdida importante de peso. La alimentación a través de una sonda de PEG es el procedimiento deseable para nutrir a los pacientes con disfagia o incapacidad de alimentación por vía oral, pero con su aparato digestivo funcionando. La formación de otros profesionales y cuidadores es muy importante porque la administración de los cuidados adaptados y personalizados en cada caso minimiza el riesgo de complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ballesteros A, López Martín A, Hitt R. Tumores de cabeza y cuello O.R.L. Madrid: SEOM: sociedad española de oncología médica [Internet]. 2017. Disponible en: <https://goo.gl/Yy6Eyc>
2. Seom.org. Las cifras del cáncer en España. SEOM: sociedad española de oncología médica [Internet]. 2018
3. Soria A, Santacruz E, Vega-Piñero B, Gión M, Molina J, Villamayor M, et al. Gastrostomía o sonda nasogástrica en pacientes con cáncer de cabeza y cuello durante la radioterapia o tratamiento combinado con quimiorradioterapia. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2017 [Citado 16 Abr 2018];34(3):512-516.
4. Gómez López, L., Pedrón Giner, C., Martínez Costa, C. Glosario de términos. Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de sonda o botón de gastrostomía. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2013. p. 13-22.
5. M. Prado. Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea. Metas de enferm, Oct 2009; 12(8): 50-53.
6. Vázquez Suárez M, Toscano Hermoso MD. Cuidos de enfermería al paciente portador de botón de gastrostomía o sonda de PEG. Documentos de enfermería. Nº 062 junio 2016 pag.20-23. Disponible en: [http://www.colegiooficialdehuelva.es/imagenes/zoom/PTGAZN/views/ize/DocEnf\\_062.pdf](http://www.colegiooficialdehuelva.es/imagenes/zoom/PTGAZN/views/ize/DocEnf_062.pdf)

ID: 01353

Tipo: Comunicación Oral

Área temática: Calidad y seguridad

## **DESARROLLO DE UNA GUÍA PARA LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS EN ONCOLOGÍA**

Sonia González Sánchez, Ana Teresa Carrió Puerta, Amparo González Méndez, Pilar Padrón Peña, M<sup>a</sup> José Martín Rojas, Fernando Gutiérrez Nicolás

HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

e-mail: [soniagonsan@yahoo.com](mailto:soniagonsan@yahoo.com)

### **INTRODUCCIÓN**

La complejidad de los esquemas antineoplásicos, el estrecho margen t y sus elevadas toxicidades, requiere de la implantación de protocolos de seguridad, que garanticen la correcta preparación y administración. En la actualidad estos protocolos se desarrollan en el seno de un equipo multidisciplinar: oncólogos, farmacéuticos, enfermeros y auxiliares. El personal de enfermería es el responsable final de la preparación y administración tras la validación farmacéutica sobre la prescripción médica.

### **OBJETIVO**

General:

Desarrollar una Guía de fácil manejo para la preparación y administración de la medicación antineoplásica.

Objetivos Específicos:

- Unificar criterios de administración y preparación.
- Valorar la satisfacción del personal de enfermería con la Guía elaborada.

### **METODOLOGÍA**

Revisión de la bibliografía publicada sobre la estabilidad de los fármacos y condiciones de preparación. Se realizó una tabla/póster exponiendo la información registrada. Dicha tabla fue validada por enfermeras con más de 10 años de experiencia, el farmacéutico responsable y los Oncólogos.

La Guía se elaboró durante un año en forma de fichas, siguiendo las recomendaciones de la normativa del Sistema de Gestión de Calidad (ISO 2015:9001). Encuesta entre el personal de enfermería sobre el grado de satisfacción con la Guía elaborada.

### **RESULTADOS**

Creación de la Guía de Preparación y Administración de tratamientos en HDO que incluyó 95 protocolos, ordenados alfabéticamente en 4 apartados:

- Citostáticos
- Anticuerpos monoclonales.
- Esquemas combinados.
- Otros (hemoderivados, hierro, etc.).

Contiene la ficha técnica de cada tratamiento y la administración por pasos de los mismos. Póster y Tabla de trabajo donde se registran: nombre del fármaco, tiempo de administración total del tratamiento, características específicas en campana, tiempo de administración del fármaco, en qué tipo de suero y volumen va el fármaco, que tipo de suero y cantidad acompaña al tratamiento desde el principio hasta el final del mismo y un apartado de observaciones (si llevan filtro, material opaco, toma de constantes previamente, etc.).

Grado de aceptación (encuesta): 100%

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La creación de este tipo de guías permite facilitar el trabajo al personal de enfermería encargado de la preparación y administración de la medicación antineoplásica. En nuestro caso el grado de satisfacción ha sido del 100%. Futuros análisis demostrarán si la incorporación de estos protocolos permite reducir el número de potenciales errores en los procesos de preparación y administración, aumentando la seguridad clínica del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González Fernández-Conde, M. Guía de preparación y administración de tratamientos quimioterápicos. (citado mayo 2018)  
<http://fichastecnicas.seeo.org>
2. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. (citado mayo 2018)  
<https://www.seom.org/>
3. SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: (citado 2018)  
<https://www.sefh.es/>
4. León Villar, J.; Aranda García, A.; Tobaruela Soto, M.; Iranzo Fernández, MD.; Errores asociados con la prescripción, validación, preparación y administración de medicamentos citostáticos. Farmacia Hospitalaria 32 (3) Junio 2008 163-169.
5. Díaz F, Marcela; Gattas N; Sylvia; López C, Juan Carlos; Tapia M, Aracely. Enfermería Oncologica. Estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Revista médica clínica Las Condes 24 (4), Julio 2013. 694-704.

ID: 01374

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **PRESENTACIÓN DEL PROYECTO LÚDICO SÍ VIDA EN PALENCIA.**

Rosa Panedas Treceño, M<sup>a</sup> Belén Maestro González

Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA)

### **INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico de cáncer tiene un gran impacto en la mayoría de los pacientes, familiares y cuidadores. Los sentimientos de ansiedad, miedo y cambios en la imagen corporal afectan a su autoestima y confianza. Todo esto altera de forma negativa su vida social, relaciones con familia y amigos. Algo que es tan duro, se hace más fácil teniendo apoyos, compartiendo sentimientos, viviendo el día a día y no aislándose en uno mismo. Se trata de transmitir una educación orientada "hacia la vida".

### **OBJETIVOS**

Principal:

Potenciar actividades de Ocio y tiempo libre en los enfermos oncológicos con enfermedad activa, a través de ofertas y promociones lúdicas en la ciudad y provincia.

Específicos:

- Dar a conocer de forma global el programa: proyecto: "SÍ, VIDA". Elaborar información sobre los servicios ofertados y establecimientos colaboradores.
- Difundir el proyecto a través de medios de comunicación y carteles en los entornos más visitados por el paciente oncológico.

### **METODOLOGÍA**

Se realiza una toma de contacto con las diferentes instituciones, asociaciones y organizaciones relacionadas con el Ocio y Tiempo Libre en Palencia; se pretende que el paciente oncológico pueda disfrutar de unas ventajas (descuentos, ofertas, promociones) en actividades lúdicas y de autocuidado.

La población a la que va dirigido se centra en los pacientes con enfermedad oncológica y tratamiento activo. La captación tiene lugar desde el hospital de día oncológico (HDO) y la planta de hospitalización (8<sup>a</sup> planta del CAUPA). La forma de identificación para poder acceder a dichos servicios y poder disfrutar de sus ventajas, es a través de un carnet individual con identificación del DNI. La caducidad del carnet es de seis meses con posibilidad de renovación. Su difusión será a través de cartelería, en el que se concretan las instituciones, empresas o asociaciones que participan en el proyecto.

### **RESULTADOS**

Para poder evaluar el resultado del proyecto, así como la calidad y la frecuentación de los servicios, se enviará un cuestionario que el paciente o familiares entregarán de forma anónima en los buzones colgados en la planta de oncología y HDO.

### **CONCLUSIONES**

Con esta iniciativa se pretende mejorar el estado de ánimo, humor, optimismo, inversión del tiempo libre en las actividades que sean de su agrado, para dejar a un lado tratamiento y estancias hospitalarias y poder así aumentar estrategias de afrontamiento del diagnóstico y tratamiento.

ID: 01388  
Tipo: Póster  
Área temática: Miscelánea

## **VALORACIÓN, INTERVENCIÓN Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE EL EJERCICIO FÍSICO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL DE DÍA DEL CST**

G Molon Adell<sup>1</sup>, R Justicia Muñoz<sup>1</sup>, S Carvalho Lobato<sup>2</sup>, N Barragán Guerrero<sup>1</sup>, S López Avilés<sup>1</sup>, R Colom Gusi<sup>1</sup>

1) CST Terrassa 2) CST-CAR Sant Cugat

e-mail: [gemmamoln@gmail.com](mailto:gemmamoln@gmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

Los beneficios sobre la salud general de una actividad física regular están bien establecidos dentro de las recomendaciones de diferentes organizaciones de salud. En pacientes con cáncer, el ejercicio puede ayudar a reducir no solo los efectos secundarios del tratamiento oncológico si no también reducir estados de ansiedad, ayudar a dormir y mejorar la autoestima. Por ello, cada vez más equipos oncológicos recomiendan a las personas con cáncer el mantenerse activas.

### **OBJETIVO**

Conocer la percepción que tiene el paciente oncológico sobre los beneficios que la actividad física puede aportar en su evolución.

### **METODOLOGÍA**

Se ha diseñado un estudio prospectivo observacional de la valoración y la percepción sobre la actividad física que tienen los pacientes tratados en hospital de día de oncología. En el mes de marzo se inicia recogida de datos individualizados. Se evalúan inicialmente 20 pacientes mediante historia clínica, cuestionario de calidad de vida (EORTC QLQ-C30 V.3.0) y cuestionario Internacional de

Actividad Física (IPAQ versión CORTA).

### **DISCUSIÓN**

La valoración que hacen los pacientes sobre el papel que la actividad física puede tener sobre su evolución es desconocido y se da prioridad a otros factores como su tratamiento o su valoración de respuesta. No hemos detectado ninguna dificultad en poder realizar los cuestionarios en la dinámica del Hospital de Día.

### **RESULTADOS**

Se evalúan mayoritariamente menores de 65 años (70%). Sexo: 50% hombres y 50% mujeres. La mayoría con nivel de estudios medios o superiores (65%). Solo el 15% de los pacientes están en activo laboralmente. La mitad de los pacientes entrevistados practican algún tipo de actividad física de manera regular. Sin embargo, un 75% del global de pacientes creen que la actividad física aporta un beneficio a su tratamiento, aunque un 50% no lo practica de manera habitual.

### **CONCLUSIONES**

Cada vez hay mayor conocimiento sobre la importancia de la actividad física como sinónimo de salud. Un 75% de nuestros pacientes oncológicos percibe la actividad física como beneficiosa para su evolución. Hay desconocimiento en un 15% de los pacientes. Los pacientes priorizan otras obligaciones o actividades de ocio no físico, y se debería revertir esta tendencia con información adecuada sobre los beneficios de la actividad física en la tolerancia a su tratamiento. Durante el tratamiento y seguimiento oncológicos se deben disponer de directrices claras para orientar a los pacientes para la realización de actividad física regular.



ID: 01424

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

## **PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN REACCIONES INFUSIONALES A ANTICUERPOS BIESPECÍFICOS ESTIMULANTES DE CELULAS T**

T Sánchez Rodríguez, C Casal González, I Calzado Martínez, A Carro Sáez

Unidad de Investigación en Terapia Molecular del Cáncer (UITM) Vall Hebron Institut Oncològic (VHIO) H U Vall d'Hebron.

e-mail: [tsanchez@vhio.net](mailto:tsanchez@vhio.net)

### **INTRODUCCIÓN**

Actualmente, la inmunoterapia con fármacos como Nivolumab lidera los tratamientos contra el cáncer. En los ensayos clínicos (EC), estas terapias han evolucionado dando lugar a nuevos fármacos biespecíficos que pretenden estimular un tipo de célula del paciente, en este caso los linfocitos T. Esta línea de investigación ha aumentado el número de EC con este tipo de fármacos, adquiriendo experiencia en el manejo y seguimiento de las potenciales reacciones infusionales inmediatas. Así como en citostáticos actuamos ante una reacción adversa, este tipo de fármacos lo que provoca es una reacción infusional debido a una gran y rápida liberación de citocinas de células inmunitarias afectadas por la inmunoterapia, desencadenando una serie de signos y síntomas (disnea, tiritona, fiebre, *rash*, etc.) diferentes y con un tratamiento distinto al de una terapia convencional. El equipo de enfermería UITM VHIO, en colaboración con oncólogos e internistas especializados en este tipo de tratamientos, ha visto la necesidad de realizar un procedimiento estandarizado de actuación para el manejo de este tipo de reacciones.

### **OBJETIVOS**

**General:** Estandarizar un protocolo de actuación por parte del equipo multidisciplinar de oncología frente a los posibles signos y síntomas derivados de la reacción a este tipo de fármacos. **Específicos:** Detectar precozmente los signos y síntomas del paciente durante una reacción infusional. Diferenciar la actuación de enfermería frente a una reacción adversa a un citostático vs inmunoterapia biespecífica. Mejorar la calidad asistencial al paciente teniendo un personal oncológico especializado.

### **METODOLOGÍA**

Es un estudio observacional descriptivo longitudinal desde Enero 2016 hasta la actualidad en pacientes tratados con inmunoterapia biespecífica en nuestra unidad. Debido a la cantidad de reacciones presentadas, aparece la necesidad de crear sesiones multidisciplinarias, para discutir los casos. Ha sido un aprendizaje empírico, ya que al ser fármacos de nueva generación no encontramos nada descrito en la literatura actual.

### **RESULTADOS**

Gracias al protocolo de actuación en reacciones, implementado en UITM, se ha logrado un personal de enfermería especializado, favoreciendo la detección temprana de signos y síntomas asociados, consiguiendo así, que éstas sean de menor grado y un mejor manejo de las reacciones muy graves con necesidad de atención inmediata.

### **CONCLUSIÓN**

El aumento de indicaciones de este tipo de fármaco exige un personal oncológico experto para poder actuar ante potenciales reacciones infusionales. Disponer de una guía en formato reducido y de fácil manejo permitirá mejorar la calidad de atención al paciente por parte del equipo médico y de enfermería.

## OTROS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PRESENTADOS EN EL CONGRESO

ID: 01243

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

### **LA IMPORTANCIA DE LA DIETA PROBIÓTICA EN EL CÁNCER DE COLON. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Cristina Fuster Aguilera, Elisabet López Hellín, Concepción Hernández Majide

Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

ID: 01244

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **PROYECTO DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA.**

Cristina Fuster Aguilera, Elisabet López Hellín, Concepción Hernández Majide

Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

ID: 01329

Tipo: Póster

Área temática: Roles de la enfermería oncológica

### **LA ONCOLOGÍA MAESTRO DE LA FELICIDAD**

Juana Marín Martínez, Sara Bermejo Lopez, M<sup>a</sup> Jesús Ortega Solano, Marta Gómez Cabanillas, Miriam Gómez Guillén, Ester Requena Rayo

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

ID: 01333

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA SBRT DE PROSTATA**

Alicia De Arriba Rodilla, Teodora Fraile San José, Maribel Vidal Vazquez  
HOSPITAL RECOLETAS CAMPO GRANDE

ID: 01348

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **PROCEDIMIENTO DE HIGIENE BUCAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

María Del Rey Mesonero, M<sup>a</sup> Luz Gabriel Pérez, Ana Belén Prieto Rodríguez

COMPLEJO ASISTENCIAL HOSPITALARIO DE SALAMANCA. UNIDAD DE ONCOLOGÍA.

ID: 01295

Tipo: Póster

Área temática: Abordaje y cuidados del paciente

### **IMAGEN CORPORAL Y CÁNCER, LA IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA RELACION DE AYUDA**

Melinda Gonzalez, Raul Vernet

Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa

ID: 01383

Tipo: Póster

Área temática: Calidad y seguridad

**INMUNIZACION EN HOSPITAL DE  
DIA**

Maria Jose Mas Llull, Antonio Valdivia  
Perez, Anabel Molla Guarner  
HOSPITAL DE DENIA

ID: 01423

Tipo: Póster

Área temática: Roles de la enferme-  
ría oncológica

**ESTRÉS ASISTENCIAL, CALIDAD  
DE VIDA, RECURSOS DE  
AFRONTAMIENTO**

Irene Arjona Pérez, Natalia Rodrigo  
Quirós, Maria Magdalena Modejar  
Gutiérrez, Gema Coca Enrique,  
Esperanza Alonso Gómez, Óscar  
Fernández Moreno  
Hospital Universitario de Fuenlabrada



# enfermería oncológica

REVISTA OFICIAL  
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

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