

ACTAS DEL

**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN III

Comps.

**María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
José Jesús Gázquez Linares
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez**

**Actas del IV Congreso Internacional
en Contextos Clínicos y de la Salud
Volumen III**

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

**María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
José Jesús Gázquez Linares
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen III”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ONCOLOGÍA

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE LARINGUECTOMIZADO	24
BEATRIZ CONDE MUÑOZ, SONIA SANCHEZ GALLARDO, GABRIEL CRIADO BENÍTEZ	
CONTROL DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS INSTITUCIONALIZADOS	25
ROCIO FUENTES FUENTES, RAQUEL PALACIOS SALGUERO, NURIA TORRES SOJO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL CARCINOMA ESCAMOCELULAR CUTÁNEO	26
ESMERALDA SABORIDO DOMÍNGUEZ, RAÚL GARCÍA JÓDAR, MARIA DEL CARMEN SOTO ROSA	
METODOLOGÍA DE TRABAJO DEL TCAE EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS	27
OTILIA MOYA GONZALEZ, CARMEN CAMPOS GONZALEZ, ASCENSION ESPINOLA GONZALEZ	
RECOMENDACIONES DEL MANEJO DEL PORT-A-CATH PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	28
REGINA GARCIA CABELLO, RAFAEL RIVAS RUIZ, MARÍA JOSÉ MILLÁN AYALA	
PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL CATÉTER PICC	29
ISABEL MARIA SANCHEZ ENRIQUE, MARÍA GEMA JOVER BARRERO, JOSÉ MANUEL BERMÚDEZ ALONSO	
LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.....	30
ROCÍO CASARES MIRANDA, ADELA PRADOS UTRABO, CRISTINA PÉREZ PALOMINO	
ADENOCARCINOMA DE RECTO, ESTADIO IV: A PROPÓSITO DE UN CASO	31
ANTONIA MARIA DIAZ CUENCA, JUANA ESTHER MORALES MORENO, MARIA DOLORES MARTINEZ CORBALAN, ANA CAYUELA MATEO, ANA BELEN GONZALEZ SERRANO	
CISTOADENOCARCINOMA DE OVARIO; A PROPÓSITO DE UN CASO	32
LAURA IZQUIERDO BALLESTA, FRANCISCO MINGUEZ GUILLAMON, NURIA SANCHEZ PEDREÑO, SONIA GARCIA GALDON, ANTONIO FRANCISCO SANCHEZ PROVENCIO, GABRIEL ESTEVE ROCAMORA, ANA BELEN CASTILLO GOMEZ, MARIA SOLEDAD FRANCO GARCIA	
DIAGNÓSTICO EN LABORATORIO DE CÁNCER DE PÁNCREAS	33

CELIA MARÍA TORRES HARO, RAQUEL VEGA BUZÓN, MARÍA ADRIANA GARCÍA
DECENA

**LIMITACIONES DEL MARCADOR TUMORAL CA 15.3 EN EL DIAGNÓSTICO DEL
CÁNCER DE MAMA.....34**

CELIA MARÍA TORRES HARO, RAQUEL VEGA BUZÓN, MARÍA ADRIANA GARCÍA
DECENA

LA ALIMENTACIÓN Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER.....35

AINARA ORTIN JAEN, JOSE VICENTE NAVARRO HENAREJOS, LIDIA REVERTE
BASTIDA, ANABEL MARTINEZ SANCHEZ, LAURA MESEGUER GARCIA, CINTIA
SEGURA ALBEROLA

TUMOR CABEZA DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO36

FRANCISCO MINGUEZ GUILLAMON, LAURA IZQUIERDO BALLESTA, SONIA
GARCIA GALDON, ANTONIO FRANCISCO SANCHEZ PROVENCIO, NURIA SANCHEZ
PEDREÑO

**LA DEPRESIÓN ASOCIADA A LA ALOPECIA EN EL TRATAMIENTO CON
QUIMIOTERAPIA37**

LAURA GÓMEZ NARVÁEZ, VANESSA ROPERO GALLARDO, VERONICA PONCE
MORENO

**ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CARCINOMA DE PULMÓN DE
DEPORTISTA: UNA IMAGEN TÍPICA EN UNA EDAD DE PRESENTACIÓN INUSUAL
.....38**

DAVID CASARES CANAS, MARÍA NIEVES LÓPEZ GAMARRA, MARIA DOLORES
RAMIREZ GONZALEZ

**PACIENTE CON ENFERMEDAD METASTÁSICA HEPÁTICA, PÉLVICA Y
GANGLIONAR.....39**

LAURA GÁLVEZ HERNÁNDEZ, ALICIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, MARÍA JOSÉ
GONZÁLEZ CARVAJAL

**CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA RADICAL PROSTÁTICA: CUIDADOS DE
ENFERMERÍA.....40**

CRISTINA VISEDO LARA, ENCARNACION RODRIGUEZ RUIZ, DAVINIA GOMIS
JUAN

CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: A PROPÓSITO DE UN CASO41

INES CATALINA CALVO CABRERA, MARIA DEL MAR CANTOS PERALES, MARIA
JESUS GARCIA CAÑUELO

**IMPORTANCIA DEL APOYO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE
ONCOLÓGICO42**

DAVINIA LABELLA CAÑADA, DOLORES ARIAS CARRILLO, LUZ ANDREA
VALENCIA RAMIREZ

CUIDADO DENTAL EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA EN CABEZA-CUELLO	43
ANA NAJAS GONZALEZ, ALFREDO FERNANDEZ NAJAS, ALBERTO FERNANDEZ NAJAS	
ACUDE A URGENCIAS CON HEMATURIA TOTAL	44
NATALIA LERENA SANTOS, MONICA IGLESIAS LOPEZ, CORONADA MENA TORRES	
ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO	45
MARIA INMACULA LAY DUQUE, PATRICIA GONZALEZ NUÑEZ, CARMEN RAMOS SANTOS	
CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	46
ESTEFANIA ARIZA CALVO, SUSANA SALAS RODRIGUEZ, INMACULADA MOLINA MARTIN	
PACIENTE ADULTO CON ADENOCARCINOMA DE RECTO EN ESTADIO IIA.....	47
JUAN JOSE MUÑOZ BERNAL, JESICA BERNAL CASTRO , VANESA GARCÍA RUIZ	
ANÁLISIS SOBRE LAS MEDIDAS DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA	48
SANDRA ARANDA MUÑOZ, ANA MARÍA GARCÍA MIRANDA, SONIA SÁNCHEZ HERRERA	
RADIOTERAPIA COMO CAUSA DE HIPOTIROIDISMO EN EL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO	49
EROS GARCIA NUÑEZ	
IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS.....	50
MANUEL MERINAS VALERO, ANDRÉS JURADO ESPADAS, ANA ISABEL HERRUZO MORENO	
COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA EN EL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES	51
ANDRES JESUS CARMONA GUIRADO, MARIA DEL PILAR BRAVO RIVAS, ROCIO PEREA DEL PINO	
ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA MAMARIA	52
ROCIO GARCIA CORONADO, SUSANA ENCINAS GARCIA, MARIA MERCEDES ESTEVEZ GARCIA	
LINFOMA T LINFOBLÁSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	53

CRISTINA MARTINEZ ESPINOSA, RAQUEL GAMBIN ESTEBAN, LIDIA BRAVO
HERNANDEZ

**EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA Y LOS AUTOCUIDADOS EN PACIENTES
SOMETIDOS A RADIOTERAPIA PÉLVICA.....54**

ANA NAJAS GONZALEZ, ALFREDO FERNANDEZ NAJAS

**INTENSIDAD DEL DOLOR Y TIEMPO HASTA LA MUERTE DE PACIENTES CON
CÁNCER.....55**

OTILIA RETAMERO ROBLES, LINA RODRIGUEZ GAMARRA, MARIA DEL CARMEN
BUENO ROLDAN

**INDICACIONES DE LA QUIMIO-RADIOTERAPIA EN LOS TUMORES DE CABEZA Y
CUELLO LOCALMENTE AVANZADOS56**

EROS GARCIA NUÑEZ

**CATÉTERES VENOSOS DE LARGA DURACIÓN Y SUS INDICACIONES EN
PROCESOS ONCOHEMATOLÓGICOS.....57**

SUSANA PIÑERO MARTÍNEZ, OSCAR PEREZ BLAYA, ELENA MARGARITA LEÓN
VILLAR, ENNY KARINA DE MARTINO, ELIAS BAGHDAN EGEA, VÍCTOR GALLEGO
HERRERA, MIRIAM ALARCON MONSALVE, MARIA JOSÉ GARCÍA ZAMORA,
CARMEN MARTINEZ PELLICER, JOSE ANTONIO PUJANTE RIQUELME

EL DOLOR ONCOLÓGICO MUY TEMIDO POR LOS PACIENTES.....58

LORENA ESPEJO GARCÍA, ANA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA JOSÉ CABRERA
CABALLERO

ACUPUNTURA EN PACIENTE CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE59

LOURDES HERMOSO DE CASTRO, ROCÍO ÁLVAREZ EXPÓSITO, DANIEL
GUTIÉRREZ AMADOR

**PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA
PEDIÁTRICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA60**

OLGA MIZYUK GOROKHOVA, ISABEL GARCIA SERRANO, ANTONIO DE PADUA
PAREDES JIMÉNEZ

**PACIENTE QUE PRESENTA ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE
UN CASO.....61**

VERÓNICA VILA ZARAGOZA, MARÍA INMACULADA BARRIONUEVO GARCIA,
MARÍA DEL ROSARIO JARA FERNÁNDEZ, MONICA RUIZ HERNANDEZ, REBECA
VELASCO OSETE, SANDRA MANZANO PUJANTE

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA Y SU HOSPITALIZACIÓN.....62**

SILVIA MARTINEZ SÁNCHEZ, GIOVANNA GABRIELA REITTER MESTANZA,
ESTEFANIA MARTÍN ÁVILA

ACTUACIÓN ANTE PACIENTE CON LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES	63
MARIA BELEN GARCIA BARBA	
ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD DEL PERTUZUMAB EN EL CÁNCER DE MAMA	64
MANUEL DAVID GIL SIERRA, FRANCISCO JOSE GALVAN GUZMAN, SARA BLANCO RODRIGUEZ	
ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER.....	65
INES ILLÁN MORENO, ESTHER MARÍA CORTÉS LORENTE, MARIA CARMEN PIÑERA MORALES, YOLANDA SALUD MARTINEZ RUBIO, MARÍA DOLORES ALARCÓN RABADÁN, CARMEN HELLÍN CAMACHO, ESTELA BELMONTE ALHAMA, MARIA DOLORES BLAYA CRUZ, VANESSA FERNANDEZ SANCHEZ, JOSÉ MOLINA CANO, JOSE MANUEL SAORIN VERDEJO, JAVIER MORALES ELICHE, MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ	
ABORDAJE DE LA RELACIÓN TURNOS DE NOCHE CON EL CÁNCER DE MAMA	66
M. CUSTODIA CORTÉS FERNÁNDEZ, RAQUEL CORTÉS FERNÁNDEZ, MANUELA LIÑAN GARCÍA	
DOSIS RADIOTERÁPICA EN EL TRATAMIENTO DEL GRANULOMA DE LA LINEA MEDIA	67
LUISA TEJERO MARIN, LUCIA BERMEJO VILLA	
LA HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA COMO ALTERNATIVA A LA VÍA VENOSA	68
MONICA LARA MONTERO, ALBA VIDAL GÓMEZ, ROCIO GUERRERO MERCEDES	
CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN EPIDERMOLISIS CON AMPOLLAS	69
MARIA LUISA RODRIGUEZ MORALES, IRENE MORENO ENTRENA, ANA BELÉN NARANJO GONZÁLEZ	
ANÁLISIS SOBRE LAS VITAMINAS Y EL CÁNCER.....	70
EVA MARÍA BELMONTE FERNÁNDEZ, CRISTÓBAL PORRAS DÍAZ, MONTSERRAT AMATE FABA	
DEFUNCIONES POR SÍNDROME MIELODISPLÁSICO EN ESPAÑA DURANTE EL PERÍODO 2013-2016.....	71
DESIREE BARBERO MARTINEZ, VANESA SIERRA ARIAS, ANTONIO ANDRES CASTILLO	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL INGRESO DEL PACIENTE.....	72
JULIO SANTIAGO ARIAS, JULIA MOLERO MESA, CARMEN SANTIAGO ARIAS	
BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN PALIATIVA PRECOZ EN PACIENTES CON CÁNCER.....	73

MIRIAM VICTORIA MARÍN LOPEZ, ANA MARIA LOPEZ DELGADO, VIRGINIA CÁNOVAS GIRONA, LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, CRISTINA TENA ROIG, ANGELA AMOROS MOLINA, VICTOR FERNANDEZ BIGORDA, ANDREA REGO PAZOS, MARTA PRATS GUARDIOLA, ESTER MARTIN BARREALES, LAURA PINILLA DE PABLOS, MONTSERRAT SÁNCHEZ JUÁREZ

ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.....74

RAQUEL TORRES FLORES, LIDIA RODRIGUEZ FLORES, MONTSERRAT SANCHEZ AGUILERA

DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO75

CRISTINA GUILLÉN BARCOS, MARIA ROSA LÓPEZ DOMINGUEZ, CATALINA ROMERA DÍAZ

IMPORTANCIA DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA76

ROCIO COBOS BACA, IRENE CAMPOS DOMINGUEZ, ELENA MUÑOZ ISTURIZ

DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....77

CATALINA ROMERA DÍAZ, CRISTINA GUILLÉN BARCOS, MARIA ROSA LÓPEZ DOMINGUEZ

EL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA PIEL: PACIENTES CON QUIMIOTERAPIA78

ANA ISABEL SORIANO LOPEZ, MARIA DEL CARMEN RUIZ MUÑOZ, ANTONIO JESUS VERGARA GRANERO

CUIDADOS Y USO DEL RESERVORIO SUBCUTANEO79

JAVIER IBAÑEZ BAUTISTA, PABLO MORA GONZÁLEZ, MARÍA CRISTINA IGLESIAS IBÁÑEZ

EL PACIENTE ONCOLÓGICO: SEGURIDAD Y CUIDADOS80

MARIA LUISA RODRIGUEZ DONCEL, ZAIRA MARIA SANTISTEBAN DELGADO, JUAN ANTONIO LOPEZ CARMONA

LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA CONVENCIONAL Y LA HELICOIDAL COMO TÉCNICAS EMPLEADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER81

LUCIA BERMEJO VILLA, LUISA TEJERO MARIN

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN82

MARIA JOSE RUEDA CARRILLO, YOLANDA ZAPATA MARTIN, MARGARITA GARCIA PRIETO

ESTUDIO SOBRE LA MORTALIDAD POR TIPO DE TUMOR EN ESPAÑA EN EL AÑO 2014: CIE-10-ES	83
AURORA PEÑA GONZALEZ, MERCEDES ALMAGRO CALZADA, MARIA DEL CARMEN TORRES CALVO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PALIATIVO	84
PABLO CASILLAS JURADO, VIRGINIA MARIA TORREGROSA CAÑIZARES, NOELIA MARIA CASILLAS JURADO	
BENEFICIOS DE LA ACUPUNTURA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	85
EVA ISABEL QUESADA REAL, ITZIAR MALAGÓN RODRÍGUEZ, CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO ...	86
ANA GARCÍA MARTÍNEZ, CRISTINA GARCÍA-CUEVAS ALCÁNTARA, YESICA MARIA MOLINA BEDMAR	
RECOMENDACIONES AL PACIENTE CON TRATAMIENTO CON BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN INTRAVESICAL	87
ANA GARCÍA MARTÍNEZ, CRISTINA GARCÍA-CUEVAS ALCÁNTARA, IRENE GÁLVEZ LARA	
TECNOLOGÍA DE RADIOTERAPIA RAPIDARC PARA ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA	88
ROSA MARIA ORTEGA VISIEDO, ANTONIA CORDOBA SERRANO, VERONICA CRUZ RAMON	
RADIOTERAPIA CON TÉCNICA ARCOTERAPIA VOLUMÉTRICA MODULADA COMO TRATAMIENTO DE CÁNCER DE ENDOMETRIO.....	89
ROSA MARIA ORTEGA VISIEDO, ANTONIA CORDOBA SERRANO, VERONICA CRUZ RAMON	
ARCOTERAPIA VOLUMÉTRICA AVANZADA A PROPÓSITO DE UN CASO PARA CÁNCER DE VEJIGA	90
ROSA MARIA ORTEGA VISIEDO, ANTONIA CORDOBA SERRANO, VERONICA CRUZ RAMON	
LA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA COMO TRATAMIENTO ÚNICO PARA CARCINOMA TÍMICO.....	91
ROSA MARIA ORTEGA VISIEDO, ANTONIA CORDOBA SERRANO, VERONICA CRUZ RAMON	
ANÁLISIS SOBRE LA PREVENCIÓN Y LA INFORMACIÓN PARA COMBATIR EL CÁNCER.....	92
MARIA VICTORIA RUEDA AGUILOCHO, ANTONIO CORDERO CORDERO, ELISABET TEJERO TEJERO	

MANEJO DE PACIENTES CON CÁNCER DE COLON	93
MERCEDES COLLADO HERRANZ, ESTHER GRANADOS RAMOS, ISABEL MARIA SANCHEZ PASTOR	
NEOPLASIA DE PULMÓN FRENTE A DORSALGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO	94
ALICIA GOMEZ MELGAR, ANA BELEN MORENO VALERA, JUAN MANUEL BAREAS MERCADO	
NEOFORMACIÓN RENAL EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA	95
LORENA GARCÍA SAN JOSÉ, BEATRIZ LOPEZ GARCIA, MARÍA JESÚS NARVÁEZ GÓMEZ, JOSÉ ANTONIO OBREGÓN RODRÍGUEZ, RAQUEL BALBIN SAIZ, MARIA DE LA HOZ GUTIÉRREZ	
EFFECTOS SECUNDARIOS DERMATOLÓGICOS DE LA RADIOTERAPIA	96
FRANCISCO JOSÉ TORRES ÚBEDA, LAURA CAPEL RODRIGUEZ, JOSÉ LUIS MARTÍNEZ CORTÉS	
EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	97
MARIA MÁRQUEZ HUERTAS, MARÍA LOURDES SERRANO POYATOS, AURORA TORICES LOZANO	
ATENCIÓN ENFERMERA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL.....	98
ROCIO BAYO LEYVA, BEATRIZ MADRID SÁNCHEZ, JESÚS MORILLAS RUIZ	
ASCITIS EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL	99
PATRICIA MALPICA ARCE, LIDIA RUIZ FERNANDEZ, SONIA ESPINEL GARCIA, VICTORIA DE LOS ANGELES PAZ SOLER, MARIA GLORIA BARQUIN ARRIBAS, BELEN RICALDE MUÑOZ	
EXTRAVASACIÓN: PREVENCIÓN DE LOS AGENTES CITOSTATICOS	100
JAIME RUS LAGUNA, ANA BELEN AGUAYO CONTRERAS, CARMEN AGUILAR COBO	
CUIDADOS DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO	101
CONSUELO BERNAL BARROSO, MARIA ANGELES QUESADA GUILLEN, SANDRA GUERRA MUÑOZ	
EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES CON MÚSICA EN PACIENTES CON CÁNCER	102
LAURA COBOS CUENCA, JOSÉ CARLOS COBOS CUENCA, ARACELI MARCOS MÁRQUEZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO: GANGLIO CENTINELA	103

MARÍA CONCEPCIÓN OCÓN DOMINGO, ENCARNACION SIERRA SALVAGO,
PIEDAD TARIFA PEREZ

ABORDAJE SOBRE LA PREVENCIÓN Y CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL 104

VIRGINIA LLAMAZARES MUÑOZ, CRISTINA LEÓN MOYA, NESTAVO JOAQUÍN DE
LOS REYES LOPERA

EL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN LA MASTECTOMÍA.....105

MIRIAM DEL ROCIO INGA MIRANDA, ROSA MARIA CABEZAS MARQUEZ, LAURA
PARTIDA PACHON

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ERITEMA ACRAL INDUCIDO
POR QUIMIOTERAPIA.....106**

JESÚS IGNACIO CASTRO TURRIÓN, MARIA DOLORES ARJONILLA GARCIA,
VANESA QUIÑONES GARCÍA

**ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA SEGURIDAD DE PACLITAXEL-ALBÚMINA Y
GEMCITABINA EN CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO107**

ABEL TRUJILLANO RUIZ, MARIA VICTORIA VILLACAÑAS PALOMARES, JAIME
MATEO CARMONA

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE EXTRAVASACIÓN DE CITOESTÁTICOS...108

JOSÉ MANUEL ALGABA LARIO, JOSÉ LUIS CARPIO BLANCO, MARÍA DEL CARMEN
RAMÍREZ DE LA CASA, VERÓNICA ESCRIBANO CALDERÓN, MARIA DEL CAMINO
ESPADA RIVERA, CARLOS MARTÍN DE LA SIERRA RODRÍGUEZ MADRIDEJOS,
MARÍA GÓMEZ GALÁN, BERTA HOLGUÍN MUÑOZ, JENNIFER CREVIER ALARCON,
RAQUEL ROMERO MARTÍNEZ

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CÁNCER DE
MAMA109**

ELENA CARMONA CAMARA, TATIANA MARTÍN IBAÑEZ, ROCIO GOMEZ CORTES

**LA INTERVENCIÓN ENFERMERA COMO MEDIO PARA FOMENTAR RESILIENCIA
EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....110**

DESIREE REYES AFONSO, JUAN LUIS GOMEZ GOMEZ, LETICIA ALMEDA DEL
CASTILLO, MARÍA HERRERA MUÑOZ, AMALIA CAMPOY RODRIGUEZ, CLAUDIA
FERNANDEZ DELGADO

**MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTE EL AISLAMIENTO DE PACIENTES
HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS111**

ANA MARÍA MORALES AYALA, ASCENSIÓN FERNÁNDEZ RUÍZ, MARÍA DAMIANA
RUBIO CARRILLO, MARIANO HORTELANO BALIBREA, LIDIA ALEGRÍA COBAS,
ANTONIA FLORENTINA LÓPEZ CABALLERO, MARÍA YOLANDA ESPINOSA
PORRUA, SARA BERNAL ARDIL, MARÍA DOLORES MAESTRE PALACIOS, JOSE
ANTONIO VERDEJO PARRA, CARMEN MARÍA GARCÍA GARCÍA, MAGDALENA
GUTIÉRREZ GARCÍA

CARCINOMA DE PULMÓN DESCUBIERTO POR PRUEBAS TRAS ENFERMEDAD PULMONAR DE OBSTRUCCIÓN CRÓNICA REAGUDIZADO	112
FRANCISCO MINGUEZ HERNANDEZ, PATRICIA MERCEDES SANCHEZ FLEMING, ENRIQUE MINGUEZ HERNANDEZ, MARÍA HERNÁNDEZ MORENO	
PACIENTE ONCOLÓGICA QUE PRESENTA UN CUADRO DE ICTERICIA	113
MARIA CRUZ GARCIA MARTINEZ, ESTELA BALLESTEROS RODRIGUEZ, MARIA BALLESTEROS RODRIGUEZ	
RECOMENDACIONES PARA PACIENTES LARINGECTOMIZADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERÍA	114
MANUELA ROJAS CORRERO, MARIA AUXILIADORA CABALLE GARCIA, FRANCISCA GAVILÁN PEREZ	
EXTRACCIÓN DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS MEDIANTE AFÉRESIS.	115
REBECA POYATOS DOMÍNGUEZ, MARÍA RUIZ BARRERO, IRENE RUEDA JIMÉNEZ	
BRAQUITERAPIA CON TARIFA DE DOSIS ALTA Y BAJA EN EL CÁNCER GINECOLÓGICO	116
ISABEL MARIA LEIVA BALLESTA, LUZ MARIA VALVERDE LÓPEZ, ELENA GUCEANU	
LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO Y SU FAMILIA.....	117
LUZ MARIA VALVERDE LÓPEZ, ISABEL MARIA LEIVA BALLESTA, ELENA GUCEANU	
QUIMIOTERAPIA Y CANNABIS MEDICINAL EN LA APLICACIÓN TERAPÉUTICA	118
ELENA GUCEANU, LUZ MARIA VALVERDE LÓPEZ, ISABEL MARIA LEIVA BALLESTA	
BIOMARCADORES DE RESISTENCIA DE NOVO A TERAPIAS ANTI-HER2 EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HER2-POSITIVO	119
ADELA MADRID PAREDES, CARMEN MARIA VALENCIA SOTO, ESMERALDA RODRÍGUEZ MOLÍNS	
EL POLIMORFISMO ABCB1 C3435T Y LA RESPUESTA A LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: UN METAANÁLISIS.....	120
ADELA MADRID PAREDES, CARMEN MARIA VALENCIA SOTO, ESMERALDA RODRÍGUEZ MOLÍNS	
ENFERMERÍA Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN URGENCIAS	121
JOSE MIGUEL MARIN SERENO, ELENA BENITEZ FUENTES, MARÍA SOLEDAD BARRERA DOMÍNGUEZ	
MANEJO DEL PORT-A-CATH EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO	122

ANA ALBARRACÍN PALACIOS, LAURA GONZÁLEZ BALLBÉ, CRISTINA BURGOS MARINA, ALBA GARCIA VALLE, VANESSA GARCÍA BOIZA, VERONICA NORIEGA REYES, ELISABET LÓPEZ MIRÓN, CRISTINA COLAO FERNANDEZ, SILVIA MARTINEZ ROIG, NEUS FELIP CAULAS, DANIEL GRACIA MARTINEZ

ANÁLISIS DEL SÍNDROME MIELODISPLÁSICO: DIAGNÓSTICO, SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES Y TRATAMIENTO.....123

MARÍA DOLORES BERRAL SERRANO, ANA ISABEL MELERO RIOS, LAURA MARÍA BERRAL SERRANO

ESTUDIO DE FÁRMACO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS METOTREXATO124

ROSA MARIA GARCIA CRESPO, ESTHER ALMODOVAR SALAS

ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO125

MARIA DE LA CRUZ PÉREZ GONZÁLEZ, SONIA LUPION MORALES, ISABEL GARCIA SERRANO

CARCINOMA DE VÍAS BILIARES EN MEDICINA NUCLEAR126

MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ DELGADO, MARIA MONTSERRAT BARRERA GONZALEZ, PEDRO MILLAN BARRERA

LA MEDICINA NUCLEAR COMO CLAVE DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE PÁNCREAS.....127

MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ DELGADO, MARIA MONTSERRAT BARRERA GONZALEZ, PEDRO MILLAN BARRERA

TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO CRÁNEO ESPINAL O NEUROEJE128

JOSE MARIA VACAS DUEÑAS, ANGELES CARRERO BARRERA, MIGUEL ANGEL PALMA SANCHEZ

PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN129

MARIA BLANCA GÓMEZ CASTILLO, ROBERTO GARCÍA BARRIUSO, LOURDES VILLAFRUELA PELAZ, ELENA GARCÍA CAMARERO, MARIA ROSARIO ECHEVERRIA IBAÑEZ, DIANA FERNANDEZ AGUIRRE

ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN LOS PACIENTES CON CÁNCER.....130

CRISTINA PÉREZ LÓPEZ, GLORIA GUZMÁN ROJAS, ADRIANA MORENO RODRÍGUEZ

DIAGNÓSTICO DE LESIÓN MALIGNA EN MAMA PROCEDENTE DE CRIBADO POBLACIONAL131

ANA LORENA GARCIA POZO, PABLO MOLINA MARTIN, SONIA DAZA RUIZ

MAYOR ACTIVIDAD FÍSICA ASOCIADA CON MENOR RIESGO DE 13 TIPOS DE CÁNCER.....	132
MARÍA CRISTINA GOMEZ NAVARRO, FRANCISCA FERRERA FELIPE, SILVIA HIJANO DIAZ	
 AISLAMIENTO INVERSO EN LOS PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS	133
MANUEL MALDONADO FERNANDEZ, NOEMI CARMONA SUANES, ISABEL GALLEGO ÁLVAREZ	
 DETERMINAR MEDIDAS PARA UNA CORRECTA EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS	134
ALVARO TORTOSA MARTÍNEZ, MARIA PATROCINIO MANZANO LOPEZ, ISABEL LETICIA MANZANO LÓPEZ	
 EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN EL CÁNCER DE TESTÍCULOS	135
EULOGIO MARCHENA BENITEZ, MARIA INMACULADA SOTO RONDÁN, GERARDO MORENO LUZON	
 PREVENCIÓN DE LA RADIODERMITIS EN EL CÁNCER DE MAMA	136
ANDREA HUERGA ÁLVAREZ, MARIA MORA ORTEGA, CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ, ELENA CACHARRÓN MAIRA	
 LOS SÍNTOMAS Y EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO	137
ANA MARIA MANRIQUE ROMERO, GEMMA CAMACHO MOLINA, ELENA LAZARO DIEST	
 PAUTAS DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOPEDIÁTRICO	138
CONCEPCION INMACULADA FORTES MILLÁN, LUISA GALLARDO JIMENEZ, MONTSERRAT RUIZ SAEZ	
 PACIENTE ONCOLÓGICO QUE PRESENTA NEUTROPENIA	139
RAQUEL HERRERA ALVAREZ, ISABEL MARIA HERRERA ALVAREZ, MANUEL DAVID REGO FLORES	
 ABORDAJE DE CRISIS COMICIAL EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS	140
RAQUEL HERRERA ALVAREZ, ISABEL MARIA HERRERA ALVAREZ, MANUEL DAVID REGO FLORES	
 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES EN EL CÁNCER DE MAMA.....	141
ISABEL ATIENZA ALVAREZ, ELOISA ATIENZA ALVAREZ, IRENE RUIZ GARCIA	
 TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LINFEDEMA DEL MIEMBRO SUPERIOR EN MUJERES TRATADAS DE CÁNCER DE MAMA.....	142
INMACULADA GONZALEZ FUNES, LUCIA JIMENEZ MOLINA, ISABEL MARIA OVIEDO CARO	
 METÁSTASIS TESTICULAR DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES	143

INÉS SAUCEDO GIMENEZ, ELBA CANELÓN CASTILLO, MAXIM SHUB
SKORNIAKOV

**INCIDENCIA Y MORTALIDAD DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DEL
CARCINOMA MAMARIO EN ESPAÑA144**

ANA MARIA MURES URBANO, CECILIA MORENO DIAZ, MARTIN JAÉN ROMERO

PREVENCIÓN ENFERMERA EN EL CÁNCER DE CÉRVIX145

JAVIER HERRERA CLAVIJO, PEDRO VICENTE MARIN SERENO, SARA JIMÉNEZ
GARCÍA

**EVALUACIÓN DEL USUARIO SOBRE PRIMERA CONSULTA DE ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA TRAS 6 MESES DE FUNCIONAMIENTO. RESULTADOS DE
CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN146**

FERNANDO CALVO-RUBIO GARCIA, RAQUEL CANDIL VARGAS

**CUIDADOS Y MANEJO DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO POR PARTE
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA147**

INMACULADA JIMÉNEZ VALENZUELA, NAZARET MARIA JIMÉNEZ VALENZUELA,
BEATRIZ GALAN SENDRA

PACIENTE CON DIARREA: CASO CLÍNICO148

CRISTINA MEDINA SENDRA, LORENA DÍAZ SÁNCHEZ, EMILIO SERRATO DE LA
TORRE

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE
DÍA-ONCOLOGÍA149**

ROCIO LOPEZ FERNANDEZ, LAURA TIRADO NUÑEZ

**ROL DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA AVANZADA EN LA COORDINACIÓN
DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR150**

FERNANDO CALVO-RUBIO GARCIA, RAQUEL CANDIL VARGAS

A PROPÓSITO DE UN CASO: TUMOR NEUROENDOCRINO DE ESTÓMAGO151

VANESA LOPEZ MARTIN, LAURA RODRIGUEZ VIZCAINO, MARTINA LUCIA
FERNÁNDEZ LÓPEZ

**ABORDAJE DEL PACIENTE CON NEUTROPENIA FEBRIL SECUNDARIA AL USO
DE QUIMIOTERAPIA COMO URGENCIA HOSPITALARIA152**

JUAN FRANCISCO GODOY ANDREU, SARA DADKHAH, PABLO PEINADO FERREIRA

TÉCNICA DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE ESÓFAGO153

JUAN ANTONIO GRANADOS GARCIA, ROSA MARÍA JIMÉNEZ GÓMEZ, DIEGO
MESTA ORTEGA

CONOCIMIENTOS SOBRE EL SISTEMA DEL PORT-A-CATH154

VICENTE RODRIGUEZ SANCHEZ, SANDRA RIVERA DIAZ, SANDRA ROJAS FLOR

CUIDADOS DEL PORTA CATH EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	155
AIDA BARRANQUERO VELA, ALVARO PEREZ CABALLERO, ANTONIO ANGEL SANCHEZ MUÑOZ	
NEUMONÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN	156
ESTEFANIA BELLAGARZA GARCIA, CARMEN MARIA ACEVEDO RODRIGUEZ, MARÍA POZO MÁRQUEZ	
ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA	157
MARIA MILAGROS ARRONIZ GALLEGO, LETICIA DELGADO ARRONIZ, MARTA LUQUE GARCIA	
NEOPLASIA RENAL POCO FRECUENTE: CARCINOMA RENAL MUCINOSO TUBULAR Y FUSOCELULAR SINCRÓNICO CON NEOPLASIA VESICAL TRANSICIONAL	158
ELBA CANELÓN CASTILLO, MAXIM SHUB SKORNIKOV, INÉS SAUCEDO GIMENEZ	
PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN	159
MARIA DE LOS REYES MARTÍN PEÑA, MARIA DE LA LUZ OCAÑA PAZ, ROCIO CIDONCHA MARTINEZ	
PROTOCOLO DE SIMULACIÓN DE RADIOCIRUGÍA EN PACIENTES EN RADIOTERAPIA, RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR	160
LETICIA DELGADO ARRONIZ, MARIA MILAGROS ARRONIZ GALLEGO, MARTA LUQUE GARCIA	
TOXICIDAD CARDÍACA, POSTQUIMIOTERAPIA Y FÁRMACOS QUE LA PROVOCAN.....	161
MARIA PILAR CAMARERO GOMEZ, MARÍA GEMA ROMERO GARCÍA, ROBERTO DE ABAJO RABANAL	
RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE CÉRVIX.....	162
MIGUEL ANGEL PALMA SANCHEZ, JOSE MARIA VACAS DUEÑAS, ANGELES CARRERO BARRERA	
APARICIÓN DE MUCOSITIS ORAL CON QUIMIORRADIACIÓN	163
GEMMA GARCÍA AGUILAR, PEDRO PÉREZ FERNÁNDEZ, MARIA ISABEL GÓMEZ MARTÍNEZ	
INSUFICIENCIA HIPOFISARIA EN MELANOMA CUTÁNEO INTERVENIDO	164
PEDRO LOPEZ LEIVA, FACUNDO ALBERTI VARGAS, JOSÉ ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ	
EL PORT A CATH EN ATENCIÓN PRIMARIA	165

MARIA DEL MAR DAMIÁN LÓPEZ, CRISTINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ,
ENCARNACION MARTINEZ AMOROS

LESIÓN LABIAL EN PACIENTE EXFUMADOR166

MARIA DEL CARMEN ESTEBAN MUROS, NITTA PAHOLINE PIEDRA ZUING,
JULISSA ALARCON ALARCON

BIOPSIA MASA PULMONAR GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.....167

SILVIA MANCEBO TORRES, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ, CARMEN RANEA
TORREGROSA

A PROPOSITO DE UN CASO: CANCER DE MAMA168

CRISTINA JAIME FUENTES, JOSEFA RUIZ BUTRON, SILVIA HIDALGO PÉREZ

TRATAMIENTO DE METÁSTASIS CEREBRALES CON RADIOTERAPIA169

MARIA ISABEL GÓMEZ MARTÍNEZ, PEDRO PÉREZ FERNÁNDEZ, GEMMA GARCÍA
AGUILAR

**ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO POR PARTE DEL
AUXILIAR DE ENFERMERÍA170**

ANA MARIA LOPEZ SERRANO, MARIA DEL CARMEN RUIZ ROS, MERCEDES
GUERRERO PORCEL

A PROPÓSITO DE UN CASO: FIEBRE EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO171

SILVIA HIDALGO PÉREZ, CRISTINA JAIME FUENTES, JOSEFA RUIZ BUTRON

**LA RADIOTERAPIA EN EL CARCINOMA DUCTAL IN SITU: REPERCUSIÓN DEL
BOOST EN RECIDIVA LOCAL172**

ROSA MARÍA JIMÉNEZ GÓMEZ, JUAN ANTONIO GRANADOS GARCIA, DIEGO
MESTA ORTEGA

GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA MALIGNO173

MERCEDES SANCHEZ CASTILLO, MARIA ISABEL RAMOS PÉREZ, MARÍA DEL MAR
RODRÍGUEZ PÉREZ

**LA INMUNOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
.....174**

PABLO PEINADO FERREIRA, JUAN FRANCISCO GODOY ANDREU, SARA DADKHAH

**PRUEBA DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO COMO DIAGNÓSTICO
PRECOZ EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA175**

PABLO PEINADO FERREIRA, JUAN FRANCISCO GODOY ANDREU, SARA DADKHAH

CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y COGNITIVOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO176

ANA GARCIA AYUSO, TAMARA AYUSO CABALLERO, ANA VICTORIA GOMEZ
ORTIZ, NATALIA BAÑOS HERNANDEZ, RAFAEL VALERO MORENO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE OSTOMIZADO177

LIDIA GIL BANDERA, ALICIA ALCOPA OTON, LIDIA NAVAS PEREZ	
FACTORES DE RIESGO: CÁNCER DE COLON	178
LIDIA GIL BANDERA, ALICIA ALCOPA OTON, LIDIA NAVAS PEREZ	
VARÓN DE 50 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN	179
CARMEN PORRAS ARBOLEDAS, MARIA DOLORES MANJON RODRIGUEZ, JUSTO MARTÍNEZ COLMENERO	
ACOGIDA POR PARTE DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA	180
ISABEL MARIA FRANCO NAVARRO, MARIA PUPPO GOMEZ, MARTA MEDINA MARTIN	
EXPERIENCIA DE PAZOPANIB EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	181
FATIMA ARTIME RODRÍGUEZ-HERMIDA, ABEL TRUJILLANO RUIZ, JAIME MATEO CARMONA	
COLOCACIÓN DEL CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO GUIADA POR ECÓGRAFO EN EL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO	182
ISABEL MARIA FRANCO NAVARRO, SANDRA AYORA ROMERO, MARÍA DEL CARMEN ESCOBAR MUÑOZ	
CASO CLÍNICO: LARINGECTOMÍA SECUNDARIA A TUMORACIÓN SUPRAGLÓTICA	183
NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTEY HUGUET, SANDRA CORTES FERNANDEZ, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA	
LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y COGNITIVOS EN EL NIÑO	184
ELOISA ATIENZA ALVAREZ, ISABEL ATIENZA ALVAREZ, IRENE RUIZ GARCIA	
ESTUDIO DEL CÁNCER COLORRECTAL: RADIOGRAFÍAS CON ENEMA DE BARIO DE DOBLE CONTRASTE COMO UNO DE LOS MÉTODOS DE SU DETECCIÓN CIE-10-ES	185
MARIA DOLORES SALAZAR HIDALGO, MARINA ASUNCIÓN RAMÍREZ GARCÍA, SARA ROMERO GARCÍA	
RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SENO: DETECCIÓN DE LA NEOPLASIA MALIGNA CON CIE-10-ES	186
MARIA DOLORES SALAZAR HIDALGO, MARINA ASUNCIÓN RAMÍREZ GARCÍA, SARA ROMERO GARCÍA	

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE ÚLCERA TUMORAL VULVAR.....	187
ANTONIA CARO ROMERO, MARIA ROSA ROMERO	
PACIENTE CON DOLOR SECUNDARIO A NEOPLASIA DE PÁNCREAS	188
CRISTINA MARTÍNEZ LLEDES, CRISTINA PARAJÓN ÁLVAREZ, MARINA PEREZ-LANDALUCE UNCILLA	
LA RELACIÓN ENTRE EL CÁNCER COLORRECTAL Y LA ALIMENTACIÓN	189
MARIA ARACELI PÉREZ DORADO, PILAR BORREGO PINO, INMACULADA PEINADO COCA	
FRACTURA ESPONTÁNEA DE CADERA EN PACIENTE VARÓN DE 50 AÑOS	190
NURIA RAMÍREZ SANDALIO, MIGUEL ANGEL LOPEZ ZUÑIGA, MIGUEL SOLA GARCÍA	
ADENORCARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS EN ESTADIO IV.....	191
LORENA ORTIZ SALAS, ANA CRISTINA GOMEZ PEDROTE, MARÍA DEL MAR GÓMEZ PEDROTE	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA.....	192
MARIA JOSE MENA TORRES, VERONICA ARIAS DIAZ, ISAAC RUIZ TARRAGONA	
EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN MUJERES EMBARAZADAS	193
ANGELES CARRERO BARRERA, JOSE MARIA VACAS DUEÑAS, MIGUEL ANGEL PALMA SANCHEZ	
COLITIS ASOCIADA A NIVOLUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO	194
FATIMA ARTIME RODRÍGUEZ-HERMIDA, ABEL TRUJILLANO RUIZ, MARIA VICTORIA VILLACAÑAS PALOMARES	
CARCINOMA DE MAMA METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	195
ISABEL MARIA DE LOS RIOS BARBA, LUCÍA MARTÍNEZ ESCOBAR, JESSICA YESENIA VELOZ VERDUGO	
EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA.....	196
MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO, SAIDA PRADOS ALVAREZ, MARIA EVELING PEDROSA FUENTES	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA.....	197
SAIDA PRADOS ALVAREZ, MARIA EVELING PEDROSA FUENTES, MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO	
RESERVORIO INTRAVENOSO SUBCUTÁNEO EN PACIENTE DE 67 AÑOS	198

ESPERANZA MACARENA MOLINA ROPERO, ANA MARIA SANCHEZ RUBIO,
VIOLETA MARÍA FLORES LLAMAS

RADIOTERAPIA EN LA GINECOMASTIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y TRATAMIENTO ANTIANDRÓGENO.....199

ANTONIO LOZANO SERRANO, ANA MARÍA MIRANDA LUNA, PATRICIA TORRES
DELGADO

RESERVORIO SUBCUTÁNEO VENOSO: CUIDADOS ENFERMEROS200

MARÍA CRISTINA ANDRADE POZO, ANA MARIA LOPEZ ORTIZ, CECILIA ALCAZAR
PEREZ

EL EJERCICIO FÍSICO COMO TRATAMIENTO DE LA FATIGA EN PACIENTES CON CÁNCER.....201

MIRIAM ARENAS REAL, BEATRIZ PODADERA MATEO, ISABEL MARIA LOBATO
GONZALEZ

EL OSTEOSARCOMA: EL DESCONOCIDO CÁNCER INFANTO JUVENIL202

MARIA CRISTINA PICHARDO FERNANDEZ, LUCÍA RODRÍGUEZ GARCÍA, GLORIA
PICHARDO SOLVES

ESTUDIO ESTADÍSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL: COLONOSCOPIA.....203

MARINA SALAZAR HIDALGO, JOSE HIDALGO CABAÑAS, ARACELI SAN ROMÁN
PINEDA

ATENCIÓN SANITARIA PARA MUJERES CON EDADES COMPRENDIDAS, EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CÁNCER DE MAMA: MAMOGRAFÍA204

MARINA SALAZAR HIDALGO, JOSE HIDALGO CABAÑAS, ARACELI SAN ROMÁN
PINEDA

ACANTOSIS NIGRICANS EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ...205

ALBA MARÍA CASTILLO FERNÁNDEZ, AGUSTIN RODRIGUEZ SANCHEZ, JOSE
ANTONIO TRUJILLO PEREZ

LINFOMA ESPLÉNICO EN MUJER DE 58 AÑOS206

ALBA MARÍA CASTILLO FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO TRUJILLO PEREZ, AGUSTIN
RODRIGUEZ SANCHEZ

CÁNCER DE HIGADO: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ.....207

ROCIO JODAR PRADOS, LAURA CASADO SEOANE, JOSEFA JURADO POZA

PRINCIPALES NECESIDADES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA FASE DE DIAGNÓSTICO.208

SARAY ARENAS GUILLEN, LETICIA FERIA PAEZ, ISABEL LIMON VALLEJO

ESTUDIO RADIODIAGNÓSTICO SOBRE PACIENTES CON NEOPLASIA EN LOS ÓRGANOS RESPIRATORIOS: INFECCIÓN NOSOCOMIAL.....209

MARINA SALAZAR HIDALGO, ARACELI SAN ROMÁN PINEDA, JOSE HIDALGO
CABAÑAS

**INFLUENCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE
OSTOMIZADO210**

ANA MÁRQUEZ MORALES, DESIRÉE RAMÍREZ LÓPEZ, MARÍA YESTE ORTEGA

**RADIOTERAPIA RADICAL COMO TRATAMIENTO EN LINFOMA CUTÁNEO B DE
LA ZONA MARGINAL LOCALIZADO211**

ANTONIO LOZANO SERRANO, PATRICIA TORRES DELGADO, ANA MARÍA
MIRANDA LUNA

PIROSIS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA212

JORGE JUAN NAVAS MORALES, INSAF ABDESELAM ABDESELAM, ALBERTO LUIS
ALBA NIETO

**PACIENTE ONCOLÓGICO CON DOLOR Y DESORIENTACIÓN: A PROPÓSITO DE
UN CASO213**

MANUEL ROMERA VILCHEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MARÍA DE LAS
MERCEDES CHECA GÁLVEZ

PACIENTE ONCOLÓGICO CON DOLOR Y ENROJECIMIENTO214

ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ, MARÍA DE LAS
MERCEDES CHECA GÁLVEZ

ASCITIS DE APARICIÓN RECIENTE EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES215

MARCELINO ARRIAZA GESTOSO, ROCÍO RUIZ HINOJOSA, ANTONIO CALDERÓN
RODRÍGUEZ

**TERAPIAS ALTERNATIVAS COMO INSTRUMENTO DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE ONCOLÓGICO216**

FRANCISCA FERNÁNDEZ DE BENITO, ZAHRA ALSAKKA PAYAN, MARIA DEL MAR
HERNANDEZ FLORES

**DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS
CRÓNICA217**

ROCÍO RUIZ HINOJOSA, MARCELINO ARRIAZA GESTOSO, ANTONIO CALDERÓN
RODRÍGUEZ

INCIDENCIA Y PRONÓSTICO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO218

PEDRO JAVIER MARTÍNEZ SÁNCHEZ, FATIMA LOPEZ VALLS, JUAN JOSÉ
NAVARRETE GÁLVEZ, MARIA CONCEPCIÓN SANCHEZ SANCHEZ

GENERALIDADES DE LA IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL (ICT)219

JAVIER ESPEJO DURÁN, IGNACIO MARIN CABALLERO, RAQUEL CASTRO NUÑEZ

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE XEROSTOMÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	220
EVA DOMINGUEZ ANDREU, SILVIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA ÁNGELES ALEGRET COLOMÉ	
LINFOMA DE ALTO GRADO CD30+ Y CD20- EN PACIENTE FUMADOR	221
MARIA DEL PILAR ESPINOSA PULIDO, MARIA ESPINOSA PULIDO, NATALIA ESPINOSA PULIDO	
CÁNCER DE MAMA: CARCINOMA DUCTUAL INFILTRANTE O CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE.....	222
MARIA DEL CARMEN GARCIA SUAREZ, JONATHAN ARIAS DUARTE, MARIA DEL MAR PASCUAL SUAREZ	
EFFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN, DE RAYOS X Y RADIOTERAPIA: EMERGENCIA SANITARIA.....	223
ARACELI SAN ROMÁN PINEDA, MARINA SALAZAR HIDALGO, JOSE HIDALGO CABAÑAS	
CÁNCER DE PULMÓN: CELULAS NO PEQUEÑAS	224
MARIA DEL MAR PASCUAL SUAREZ, JONATHAN ARIAS DUARTE, MARIA DEL CARMEN GARCIA SUAREZ	
SENSACIÓN DE MAREOS Y PALPITACIONES SIN SINTOMATOLOGÍA.....	225
MARIA DEL MAR PASCUAL SUAREZ, JONATHAN ARIAS DUARTE, MARIA DEL CARMEN GARCIA SUAREZ	
DIPLOPIA Y PTOSIS PALPEBRAL POR CARCINOMA PULMONAR.....	226
NURIA HERNANDEZ MARTÍNEZ, MARÍA DOLORES LÓPEZ ROJAS, MARÍA FRANCISCA GARCÍA LÓPEZ	
CUIDADOS DE PACIENTE OSTEOMIZADO INTERVENIDO DE CÁNCER DE COLON	227
ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, ISAAC ALBA RODRIGUEZ, LORENA PAN CARDENAS	
IMPORTANCIA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN ONCOLOGÍA PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL.....	228
IRENE JUNCO VICENTE, EDUARDO JESÚS MONTILLA BURGOS, MARIA ANGUSTIAS DIAZ SANTOS	
PACIENTE CON LINFOMA HODGKING TIPO ESCLEROSIS NODULAR	229
MIRIAM MORENO MUÑOZ, CONCEPCION MACARENA MARTIN MUÑOZ, ALMUDENA GÁLVEZ MAYOR	
IRRADIACIÓN DE HEMODERIVADOS CON FOTONES	230

ANA MARÍA MIRANDA LUNA, ANTONIO LOZANO SERRANO, PATRICIA TORRES DELGADO	
MORTALIDAD DEL CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA	231
ANGELA CALDERON HURTADO	
PREVENCIÓN DE LINFEDEMA EN PACIENTE MASTECTOMIZADA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	232
MARIA DEL MAR ACOSTA AMORÓS, ROCIO CRESPO JIMENEZ, CATALINA MARIA PEREZ SANCHEZ	
DERRAME PLEURAL DERECHO EN MUJER JOVEN CON TUMOR PHYLLODES EN REMISIÓN	233
MARÍA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, ANA MARÍA TORRES VEGA, ARACELYS JOSEFINA NARVÁEZ RUIZ	
COMPARISON OF REFERENCE T1 MAPPING TECHNIQUES FOR RADIATION THERAPY RESPONSE ASSESSMENT QA	234
REBECA HERNANDEZ RODRIGUEZ, FÉLIX NAVARRO GUIRADO, MARIA BELÉN RÍOS POZO	
TÉCNICAS DE MANTENIMIENTO Y CUIDADO DEL PICC DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL DE DÍA	235
MARIA DEL PILAR JIMENEZ CARBALLO	
PARÁMETRO ANALÍTICO ALTERADO EN UNA GESTANTE.....	236
ANA LEYVA ALARCON, BEATRIZ HIDALGO MARTIN, LUIS SOLDADO RODRIGUEZ	
RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN RELACIÓN CON LOS TURNOS NOCTURNOS	237
INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO, EMILIO DAVID BUZ GARRIDO, ELISABET JIMÉNEZ MONTES	
CÁNCER DE COLON: RELACIÓN CON EL ESTILO DE VIDA	238
GLORIA LOPEZ-COZAR GAMIZ, CRISTINA MATEOS GARCIA, JOSE ANTONIO LÓPEZ-CÓZAR GÁMIZ	
LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS.....	239
ALBA DELGADO LOPEZ, ANA BELEN MORENO MANZANO, MARTA PAEZ GARCIA, FRANCISCO GARCIA RENTERO	
ANALGESIA DE ELECCIÓN ANTE UN DOLOR ONCOLÓGICO	240
IVAN MARTINEZ MORENO, ELENA CARRASCO ORTIZ, JOSÉ MARÍA PIÑEIRO GARCIA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A RADIOTERAPIA	241

EVA MOLERO CARRILLO, ANDRES GARCIA HERRUZO, CARMEN MARIA
GONZALEZ GALAN

**DRENAJE INTRATUMORAL EN GIST ABDOMINAL CON REPUESTA A
TRATAMIENTO242**

PEDRO LOPEZ LEIVA, FACUNDO ALBERTI VARGAS, JOSÉ ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ

**EL EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
ONCOLOGÍA.....243**

SARA MARGARITA ROMERO LUQUE, MARÍA SOLEDAD DOMÍNGUEZ DEL VALLE,
MARÍA ISABEL MAQUEDA ALBARRÁN

METÁSTASIS PULMONAR EN VARÓN DE 49 AÑOS244

ISABEL BAREA CALVENTE, MARIA DEL CARMEN BAREA CALVENTE, ISABEL
MARÍA FERNÁNDEZ DE LOS SANTOS

**EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CRIZOTINIB EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO
.....245**

FATIMA ARTIME RODRÍGUEZ-HERMIDA, JAIME MATEO CARMONA, LUCÍA
RODRÍGUEZ CAJARAVILLE, SARA GUIJARRO HERRERA

INCIDENCIA DEL CÁNCER DE PIEL EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.....246

ESTEFANIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, JUAN CARLOS LINGE PEREZ, MARIA OLIVA
RODRIGUEZ ROBLES

CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO247

MARÍA PEÑA GÓMEZ, LAURA CARBONERO GARCÍA, ROSARIO CRIADO CEREZO

EL CA 19-9 EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO248

ANA MARIA TRIGO ZAMBRANO, ALBERTO GONZALEZ ANDRADE, MARIA DEL
MAR GARCIA MIÑON

**CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PROCESO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA
.....249**

SANDRA ESTEBAN RODRÍGUEZ, ISABEL VICTORIA DOMÍNGUEZ LÓPEZ, MARIA
TERESA VALIENTE CHICO

**SEGUNDO TUMOR METACRÓNICO EN UNA MUJER CON CÁNCER DE MAMA EN
REMISIÓN250**

PEDRO LOPEZ LEIVA, FACUNDO ALBERTI VARGAS, JOSÉ ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ

**LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
PEDIÁTRICOS251**

MARÍA MAGDALENA DELGADO PÉREZ, OLGA MARIA ROBLES MONTERO, MARÍA
FRANCISCA MALAGÓN LORCA

PREVENCIÓN DE LA EXTRAVASACIÓN PERIFÉRICA DE AGENTES ANTINEOPLÁSICOS	252
ELISABET JIMÉNEZ MONTES, EMILIO DAVID BUZ GARRIDO, INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO	
LA ASPIRINA PARA MEJORAR LA VIDA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE COLON	253
SONIA ALIX LERIA, MARTA CORTÉS CAMPOS, LAURA TORRES FUENTES	
USO DE LA HIPERTERMIA COMBINADA CON TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS	254
MANUEL REYES DIAZ DUEÑAS, MARIA DOLORES LEON SERRANO	
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: PACIENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO	255
JUAN ANTONIO RUIZ GAYANGO, ANA LEONOR SILVA RODRIGUEZ, ROSA MARIA SOTO ENRIQUEZ	
PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ERITRODISESTESIA PALMOPLANTAR: A PROPOSITO DE UN CASO	256
MARIA PILAR CAMARERO GOMEZ, ROBERTO DE ABAJO RABANAL, MARÍA GEMA ROMERO GARCÍA	
PRIMER EVENTO TROMBOEMBÓLICO EN PACIENTE: DESPISTAJE DE NEOPLASIA OCULTAS	257
ROSARIO MARTIN NAVARRO, ALBA GIL MORILLAS, MARIA ISABEL MERCADO MONTORO	
EL RETINOBLASTOMA CON FORMA UNILATERAL Y HEREDITARIA	258
ANA ARANA MORENO, FRANCISCO MANUEL GALÁN FERNÁNDEZ, ROBERTO DANIEL VALDERAS ÁLVAREZ	
METÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA IN SITU DE MAMA	259
MARIA GONZALEZ SANCHEZ	
CÁNCER DERIVADO DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO	260
ANA ARANA MORENO, FRANCISCO MANUEL GALÁN FERNÁNDEZ, ROBERTO DANIEL VALDERAS ÁLVAREZ	
METÁSTASIS CEREBRALES DE LOS CARCINOMAS RENALES	261
MARIA GONZALEZ SANCHEZ	

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE LARINGUECTOMIZADO

BEATRIZ CONDE MUÑOZ, SONIA SANCHEZ GALLARDO, GABRIEL CRIADO BENÍTEZ

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de cabeza y cuello representa el 25% de los tumores malignos, siendo la causa de aproximadamente el 5% de muertes por cáncer. Actualmente en nuestro país la localización más frecuente de estas neoplasias es la laringe. La atención de enfermería a paciente con cáncer de laringe requiere un conocimiento complejo sobre los cuidados tan amplios y especializados brindados a estos pacientes. El tratamiento de este tipo de cáncer puede llegar a afectar a funciones básicas de la persona como son comer, hablar, respirar, tragar y por lo tanto afecta de forma drástica a las actividades diarias del paciente, además de labores psicológicas y relacionales.

OBJETIVOS: Determinar la educación para la salud basada en los autocuidados que debe llevar a cabo tanto el paciente como la familia para prevenir infecciones, posibles complicaciones y adaptar la comunicación a través del lenguaje no verbal y el habla esofágica.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica retrospectiva de artículos científicos publicados en las principales bases de datos: PubMed, Ciuden, Cinahl, Cochrane y Scielo, en inglés y español seleccionando varios artículos de interés para realizar nuestro trabajo.

RESULTADOS: El cáncer de laringe es una patología que va en aumento día a día y se observa cada vez a edades más tempranas. Según la SEOM4 (Sociedad Española de Oncología Médica) en el año 2013 el cáncer de laringe tuvo una incidencia de 1,5% en ambos sexos. En el caso de la intervención de laringectomía total los pacientes necesitan un plan de cuidados muy complejo donde la enfermería, que forma parte de un equipo multidisciplinar, cumple un rol importante en los cuidados de pacientes sometidos a esta intervención los cuales exigen un cuidado de enfermería amplio y especializado durante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Una de las principales tareas de los profesionales de Enfermería es la detección precoz de las complicaciones. Además, se debe tener en cuenta la pérdida de voz y la alteración estética a la que se verá sometidos estos pacientes, ya que portarán un traqueostoma de por vida. Ante todos estos cuidados, es necesario que los profesionales de Enfermería tengan un amplio conocimiento sobre este proceso para así poder proporcionar una atención holística a el/la paciente durante su hospitalización y proporcionar estrategias de autocuidados. Sin olvidar que es necesario mantener la vía aérea permeable, eliminando las secreciones del árbol bronquial consiguiendo un intercambio gaseoso efectivo. Y además de conservar la integridad de la mucosa periestoma y prevenir la infección del estoma, así como la prevención de posibles complicaciones.

CONCLUSIÓN: Una de las complicaciones más frecuentes en una laringectomía total es la fístula faringocutánea. Durante la hospitalización, casi la totalidad de los cuidados de enfermería están dirigidos a la prevención de esta complicación, ya que debido a ella se incrementa el número de días de hospitalización y el riesgo que esto conlleva. Por lo tanto, el profesional de Enfermería debe de tener los conocimientos y las habilidades necesarias para realizar los cuidados con una evidencia científica y de una forma estandarizada. El papel de Enfermería en la recuperación postoperatoria de una laringectomía total es imprescindible y vital, abarcando un amplio campo de actuación en los cuidados integrales de estos pacientes. Cabe destacar la importancia de la educación para la salud tanto al paciente como a su familia en los autocuidados que deberá seguir durante toda su vida. A la hora del alta hospitalaria, el paciente se muestra intranquilo, con miedo y desconfía de sus propias habilidades para seguir con los cuidados hasta ahora proporcionados por el profesional sanitario. La información al paciente y la familia es primordial para acelerar la recuperación, de manera que el paciente en su domicilio tenga las suficientes herramientas para la adaptación a su nueva situación y reincorporación a la vida diaria

PALABRAS CLAVE: LARINGUECTOMÍA, CUIDADOS, ENFERMERÍA, CÁNCER DE LARINGE.

CONTROL DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS INSTITUCIONALIZADOS

ROCIO FUENTES FUENTES, RAQUEL PALACIOS SALGUERO, NURIA TORRES SOJO

INTRODUCCIÓN: Dada la alta incidencia de estreñimiento en los residentes oncológicos institucionalizados, se hace necesaria una valoración continua de las deposiciones realizadas por los internos, para la prevención de los efectos adversos de la no eliminación.

OBJETIVOS: Analizar la persistencia de estreñimiento en los residentes oncológicos para solventarlos con medidas dietéticas y aumento de la actividad física.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Se lleva a cabo un programa de control del estreñimiento siguiendo las pautas: Registro por turno de las deposiciones de cada residente por parte de la auxiliar y revisión diaria por parte de enfermería. Identificar aquellos residentes que padezcan estreñimiento o riesgo de sufrirlo. Modificación de la dieta: dieta rica en fibra y aumentar la actividad física en aquellos casos en los que sea posible. Evaluación del departamento sanitario para instaurar tratamiento farmacológico cuando no han sido efectivas otras medidas. Las cifras de pacientes con estreñimiento 3 meses después de poner en marcha el programa disminuyeron de forma significativa. Conseguimos que los pacientes que sufrían estreñimiento, éste fuese en duración en días, menor que antes del programa. Se precisó menor cantidad de medicación analgésica para paliar los efectos indeseados del estreñimiento.

CONCLUSIÓN: Al modificar la dieta rica en fibra, conseguimos reducir el estreñimiento y/o evitar que algunos de los residentes lo sufrieran. La actividad física es un elemento fundamental para prevenir el estreñimiento, ya que en los casos en los que no se pudo aumentar fue necesario añadir medidas farmacológicas. Al disminuir el dolor provocado por el estreñimiento, se disminuyó a su vez la toma de opiáceos, los cuáles a su vez provocan un aumento del estreñimiento.

PALABRAS CLAVE: ESTREÑIMIENTO, ONCOLÓGICOS, CONTROL, INSTITUCIONALIZADOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL CARCINOMA ESCAMOCELULAR CUTÁNEO

ESMERALDA SABORIDO DOMÍNGUEZ, RAÚL GARCÍA JÓDAR, MARIA DEL CARMEN SOTO ROSA

INTRODUCCIÓN: El carcinoma escamocelular cutáneo es una neoplasia maligna derivada de los queratinocitos suprabasales de la epidermis. La gran mayoría son como consecuencia de la radiación ultravioleta y se localizan en cabeza, cuello y dorso de las manos. Los factores de riesgos son: radiación ultravioleta, cámaras de bronceo, tratamientos médicos con PUVA (psoraleno + ultravioleta), exposición ocupacional a hidrocarburos (alquitrán, aceites minerales), radiaciones idionizantes, el tabaco... Los grupos con mayor riesgo son: individuos de piel clara, de ojos claros, de pelo rubio o pelirrojo y que poseen fototipo I y II.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad de las medidas preventivas para disminuir la aparición de nuevos casos.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas Cochrane, Fisterra, Uptodate y Pubmed. Se utilizaron los descriptores carcinoma escamocelular, radiación, cáncer de piel y rayos ultravioletas. De un total de 88 referencias encontradas se seleccionaron 19 para su posterior análisis. Se incluyeron todo tipo de artículos, revistas, revisiones, etc...

RESULTADOS: Los artículos seleccionados como válidos demuestran que llevando a cabo las recomendaciones de enfermería en prevención primaria, el número de casos de carcinomas escamocelulares cutáneos, disminuyen. Se recomienda la utilización de barreras físicas (sombreros, ropas de manga larga...), evitar ciertas horas de exposición solar, lugares con sombra para la práctica de actividades al aire libre y evitar las cámaras de bronceado.

CONCLUSIÓN: A la hora de impartir información sobre la prevención de carcinoma escamocelular, nos damos cuenta de la ausencia de conocimientos de la población respecto a las complicaciones que nos puede llegar a causar los rayos ultravioletas. Los factores de riesgos como: radiación ultravioleta, cámaras de bronceo, tratamientos médicos con PUVA, exposición ocupacional a hidrocarburos, radiaciones idionizantes, el tabaco y el alcohol, aumentan el riesgo de padecer carcinoma escamocelular.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER DE PIEL, CARCINOMA ESCAMOCELULAR, RADIACIÓN, RAYOS ULTRAVIOLETAS.

METODOLOGÍA DE TRABAJO DEL TCAE EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

OTILIA MOYA GONZALEZ, CARMEN CAMPOS GONZALEZ, ASCENSION ESPINOLA GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: Los pacientes que tienen una alteración en su sistema inmunitario, que es el encargado de proteger al organismo ante cualquier agente patógeno, cuando se ven afectados tienen un mayor riesgo de padecer cualquier tipo de infecciones por lo que son susceptibles de ingresos continuos en el hospital a través de urgencias.

OBJETIVOS: Determinar cuál es el tipo de pacientes que presentan un déficit en su sistema inmunitario y la actuación de los TCAES durante sus estancias en el hospital. Identificar los cuidados que prestan y la actitud profesional de los TCAE para tratar a estos pacientes.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos y artículos científicos como Dialnet, Pubmed, Scielo, usando descriptores como: déficit, sistema inmunitario, oncológico, microorganismos, patógenos. Los profesionales de enfermería (enfermeros y TCAES) tenemos un amplio campo de trabajo con este tipo de pacientes y es muy importante que nos concienciamos de los riesgos que les rodean y aún más, debemos evitar que nuestra labor asistencial les pueda suponer una infección adversa a su enfermedad.

RESULTADOS: Los riesgos de infección aumentan cuando el paciente está hospitalizado, cualquier procedimiento a los que sean sometidos supone una fuente de entrada a los microorganismos patógenos en el organismo, por lo tanto el papel del TCAE es fundamental, debe ser si cabe mucho más minucioso y realizar las técnicas lo más asépticamente posible, según protocolo de cada centro.

CONCLUSIÓN: En el paciente inmunodeprimido la actuación más adecuada es la prevención, ésta irá dirigida a minimizar en lo posible los efectos de las infecciones y para ello se deben adquirir conductas adecuadas que nos ayuden a reducir el volumen de agentes patógenos mediante el aislamiento inverso del paciente.

PALABRAS CLAVE: EFECTO ADVERSO, SISTEMA INMUNOLÓGICO, ORGANISMO, ONCOLOGÍA.

RECOMENDACIONES DEL MANEJO DEL PORT-A-CATH PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

REGINA GARCIA CABELLO, RAFAEL RIVAS RUIZ, MARÍA JOSÉ MILLÁN AYALA

INTRODUCCIÓN: Un acceso venoso central de larga duración, que cuenta con un reservorio subcutáneo de titanium con una membrana de silicona, ubicado preferentemente en el tórax, conectado a un catéter de silastic, introducido por vena subclavia y llega a vena cava superior (centralizado). La colocación de este dispositivo biocompatible radiopaco es quirúrgica. Por él se podrá realizar la extracción de sangre, y la administración de medicamentos y otras sustancias parenterales. Muy apropiado en pacientes oncológicos, por la dificultad de sus accesos venosos periféricos.

OBJETIVOS: Analizar los conocimientos del personal de enfermería en los cuidados y protocolos de uso de port-a-cath. Aumentar el conocimiento del personal para así realizar cuidados de máxima calidad.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Se llevó a cabo una revisión sistemática artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos utilizando los descriptores; CATÉTER, CUIDADOS, PACIENTE, ENFERMERÍA, ONCOLOGÍA.

RESULTADOS: Indicaciones: pacientes con accesos vasculares continuos. Partes del dispositivo: reservorio o puerto y catéter. Materiales necesarios para su uso y cuidado: Guantes y campos estéril, gasas estériles, solución heparinizada 10cc (2 cc de heparina al 1% más 8 cc de suero fisiológico), antiséptico, aguja gripper del 22 G o 20G, llave de tres vías , apósito estéril. Técnica de punción: Localizar y palpar la zona de punción, preparar y pulgar aguja Gripper, desinfectar la zona, inmovilizar y pinchar , comprobar la permeabilidad aspirando la salida de sangre y desecharla, proceder a la administración del tratamiento. ¿Qué hacer si se obstruye? Cambiar al paciente de posición, hacerle toser y levantar los brazos, maniobra de vasalva, si no funciona usar fibrinolítico previa orden médica. Sellado: Cuando el catéter no se usa cada mes. Técnica, aspirar 10 cc, luego lavar con 20 cc de suero fisiológico , inyectar 5 cc de nuestra solución heparinizada, retirar la aguja, colocar un apósito estéril en la zona de punción "el sellado también es una técnica estéril".

CONCLUSIÓN: El conocimiento y formación del personal de enfermería es importante, pues esto minimizará las complicaciones en su uso. Este dispositivo puede durar años, y sin duda mejora notablemente la calidad de vida de muchos pacientes.

PALABRAS CLAVE: CATÉTER, CUIDADOS, PACIENTE, ENFERMERÍA, ONCOLOGÍA.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL CATÉTER PICC

ISABEL MARIA SANCHEZ ENRIQUE, MARÍA GEMA JOVER BARRERO, JOSÉ MANUEL BERMÚDEZ ALONSO

INTRODUCCIÓN: Un PICC es una sonda larga y delgada (catéter), que se introduce en el cuerpo a través de una vena en la parte superior del brazo. Ayuda a llevar nutrientes y medicinas al cuerpo y también es utilizada para extraer sangre.

OBJETIVOS: Obtener los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de infecciones en dicho catéter.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo revisión bibliográfica mediante buscadores tales como Cuiden, Scielo y Dialnet. Los descriptores fueron: "PICC", "prevención", "catéter" y "infección"

RESULTADOS: Se ha visto que la aparición de infecciones puede cursar con fiebre o escalofríos, dolor o hinchazón cerca del punto de inserción del catéter o en la cara, cuello y brazo, así como sangrado o enrojecimiento. Los tipos de infecciones pueden ser locales o sistémicas, derivando éstas últimas en complicaciones graves como endocarditis, osteomielitis o shock séptico.

CONCLUSIÓN: Tras la realización de este estudio pudo verse que las medidas para evitar la aparición de infecciones irían encaminadas a una correcta higiene de manos y la utilización de una técnica aséptica, así como el establecimiento de un régimen de curas adecuado.

PALABRAS CLAVE: PICC, INFECCIÓN, PREVENCIÓN, CATÉTER.

LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

ROCÍO CASARES MIRANDA, ADELA PRADOS UTRABO, CRISTINA PÉREZ PALOMINO

INTRODUCCIÓN: Una de las principales causas de muerte por neoplasia maligna en la mujer en el mundo es el cáncer de mama, es la segunda causa de muerte independientemente de la edad que tengan.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión es determinar la importancia de la detección temprana del cáncer a través de diferentes actuaciones básicas.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática de las publicaciones científicas que traten el tema de cáncer de mama y sus métodos para prevenirla. Se consultaron diferentes bases de datos (Pubmed, Medline, Scielo, Index). Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y sin período temporal. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional), se utilizaron descriptores en español (“cáncer mama”, “prevención cáncer mama”, “autoexploración mama”, “mamografía”). Los criterios establecidos fueron: artículos que traten cáncer de mama y su prevención; que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; y con acceso al texto completo. De un total de 20 publicaciones, fueron seleccionadas 11.

RESULTADOS: La bibliografía consultada muestra que cualquier mujer durante su vida puede presentar cáncer de mama, aunque existen factores que hacen que algunas mujeres presenten mayor riesgo. El diagnóstico se basa en: autoexamen mamario (inspección y palpación), exploración clínica y realización de mamografías periódicas.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que adquiriendo hábitos importantes como el autoexamen mamario mensual es vital para la detección temprana de cualquier cambio precoz que pueda evolucionar a cáncer de mama. Varios estudios confirman que a pesar de ser uno de los tumores malignos que más muertes ocasiona, es difícil la concienciación entre la población femenina para acudir a los programas de salud de prevención que hay para ellas.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER MAMA, PREVENCIÓN, AUTOEXAMEN MAMARIO, MAMOGRAFÍA.

ADENOCARCINOMA DE RECTO, ESTADIO IV: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANTONIA MARIA DIAZ CUENCA, JUANA ESTHER MORALES MORENO, MARIA DOLORES MARTINEZ CORBALAN, ANA CAYUELA MATEO, ANA BELEN GONZALEZ SERRANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 55 años que acude a urgencias por fiebre desde hace una semana (máxima de 39,9°C), hemocultivos pendientes de resultado y urocultivo (06/10) negativo. Está en tratamiento antibiótico con augmentine desde hace 7 días, ciprofloxacino desde hace dos días. Refiere infección respiratoria desde hace quince días con tos y expectoración marronácea que fue tratada con azitromicina durante seis días. Actualmente, la expectoración ha disminuido, no disnea. No dolor abdominal ni náuseas o vómitos ni cambios en el hábito intestinal. Aumento de edemas en miembros inferiores desde hace dos semanas, que han ido empeorando en estos últimos días, que le impiden la marcha. Está con tratamiento diurético desde hace una semana. Antecedentes personales: No AMC, No HTA. No DM. No DLP. Fumador de 4-5 cig/día. Adenocarcinoma de recto inferior. En agosto 2017: Progresión retrocrural y pulmonar milimétrica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Con disnea de moderados esfuerzos. Consciente y orientado en tiempo y espacio. TA 113/74, T₃₆ 36,3°C, FC 103 lpm, SatO₂ 94%. AC: rítmica, sin soplos audibles. AP: hipofonesis base izquierda. Reservorio con buen aspecto. Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación superficial y profunda, ileostomía con buen aspecto. MMII: edemas hasta rodilla, sin signos de trombosis venosa profunda, pulsos pedios presentes y simétricos, difícil de valorar por los edemas.

JUICIO CLÍNICO: Fiebre. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Adenocarcinoma de recto, estadio IV.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento Aplicado: Perfalgan intravenoso, Suero fisiológico 500cc y O₂ con GN a 2 lpm. Evolución: Se cursan hemocultivos. Ingreso cursado.

CONCLUSIONES: El cáncer de recto es el tumor maligno derivado de la proliferación anómala de las células de la mucosa del recto. En todo el mundo, el cáncer colorrectal es la tercera forma más común de cáncer.

PALABRAS CLAVE: FIEBRE, TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO, INFECCIÓN RESPIRATORIA, EDEMAS.

CISTOADENOCARCINOMA DE OVARIO; A PROPÓSITO DE UN CASO

LAURA IZQUIERDO BALLESTA, FRANCISCO MINGUEZ GUILLAMON, NURIA SANCHEZ PEDREÑO, SONIA GARCIA GALDON, ANTONIO FRANCISCO SANCHEZ PROVENCIO, GABRIEL ESTEVE ROCAMORA, ANA BELEN CASTILLO GOMEZ, MARIA SOLEDAD FRANCO GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que consulta en Servicio de Urgencias por cuadro de lumbalgia intensa (EVA de 8). La paciente padece de dolor crónico de espalda secundario a fracturas vertebrales ya conocidas, sin embargo en la última semana se ha exacerbado, limitándola funcionalmente para llevar a cabo las ABVD. No ha presentado déficit motor o sensitivo asociado. No ha presentado incontinencia de esfínteres. Ha intentado controlar el dolor con analgesia de primer y segundo escalón pero sin lograr éxito. Refiere estreñimiento de 72 horas de evolución manteniendo la capacidad de ventoseo. Antecedentes Personales: Intolerancia a tramadol, no HTA. No DM. No DLP. No hábitos tóxicos. Alzheimer (abril 2017).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada. REG. Palidez cutánea y de mucosas. TA 111/76 mmHg. T^º; 35,6^ºC. FC 69 lpm. Tórax: AC rítmico y sin soplos AP (campos posteriores) MVC. Abdomen: peristaltismo presente con RHA normales. Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación sin irritación peritoneal. Tacto rectal dificultoso. No palpo fecaloma. Dedil manchado de heces sin restos hemáticos. MMII: no edemas ni otros signos de TVP. Pulsos pedios bilaterales y simétricos. Neuro: sin signos de focalidad neurológica. Exploración lumbar: dolor a la palpación de la musculatura paravertebral derecha. Flexión y lateralización derecha muy limitadas por el dolor.

JUICIO CLÍNICO: Lumbalgia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cistoadenocarcinoma seroso de ovario estadio IIIC.

PLAN DE CUIDADOS: Durante su estancia en urgencias la paciente se ha mantenido estable hemodinámicamente. No se ha logrado controlar el dolor. Respecto al estreñimiento, tras realizar la radiografía de abdomen que descartara obstrucción, se decidió administrar enema casen que no fue efectivo. Dado el mal control de síntomas se decide ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES: El cistoadenocarcinoma es un tipo de cáncer que se desarrolla a partir de las células de las glándulas de nuestro organismo, principalmente en ovario y páncreas. Su nombre hace referencia a la capacidad del tumor de formar pequeñas vesículas o quistes llenas de líquido, rodeadas por las células malignas.

PALABRAS CLAVE: LUMBALGIA, DOLOR, FRACTURAS, ESTREÑIMIENTO.

DIAGNÓSTICO EN LABORATORIO DE CÁNCER DE PÁNCREAS

CELIA MARÍA TORRES HARO, RAQUEL VEGA BUZÓN, MARÍA ADRIANA GARCÍA DECENA

INTRODUCCIÓN: El cáncer de páncreas está considerado como uno de los más agresivos, lo que hace encabezarlo como una de las primeras causas de muerte por cáncer. Esto es debido a su tardía detección por la falta de síntomas característicos tempranos. Hablamos de cáncer pancreático cuando las células tumorales malignas proceden del endotelio de los conductos exocrinos de dicho órgano. Sin embargo, cuando las células en expansión proceden de otras estructuras del páncreas, se conoce como tumor neuroendocrino. Recientemente, se están implantando nuevas técnicas de detección temprana de este tipo de cáncer.

OBJETIVOS: Analizar los nuevos métodos empleados para el diagnóstico temprano del cáncer de páncreas y compararlos con los utilizados anteriormente.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el tema, así como de los protocolos normalizados de trabajo de distintos hospitales.

RESULTADOS: Tras el estudio de las diferentes técnicas y la recopilación de datos referentes al tema en cuestión, se hace evidente que con la nueva técnica descubierta recientemente existe una mejoría en los pronósticos de supervivencia de la enfermedad al ser ésta detectada de manera temprana en dos de cada tres pacientes.

CONCLUSIÓN: La agresividad del cáncer de páncreas hace que pocos pacientes afectados sobrevivan más de cinco años, en parte por su tardía detección. La utilización de la técnica que tiene en cuenta tanto el ADN circulante del tumor con los marcadores proteicos utilizados hasta ahora hace que mejoren de manera significativa la sensibilidad de dicha técnica, así como se puede conservar su especificidad frente a otro tipo de enfermedades. Es por ello, que se hace patente la necesidad de la implantación de dicha forma de detección como protocolo estandarizado en todos los laboratorios, lo que haría mejorar el pronóstico del cáncer de páncreas.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, PÁNCREAS, ADN CIRCULANTE, MARCADOR, PRONÓSTICO.

LIMITACIONES DEL MARCADOR TUMORAL CA 15.3 EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA

CELIA MARÍA TORRES HARO, RAQUEL VEGA BUZÓN, MARÍA ADRIANA GARCÍA DECENA

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es, sin lugar a duda, el que mayor incidencia presenta entre mujeres (alrededor de un 30% de los cánceres femeninos son de mama) a nivel mundial. Los tumores de peor pronóstico y de difícil tratamiento son los considerados como triples negativos. Éstos hacen referencia a los que su crecimiento no está relacionado con el estrógeno, la progesterona y el HER2. En torno al 10-20% de los casos de cáncer de mama detectados en pacientes afectadas se tratan de triples negativos.

OBJETIVOS: Analizar los nuevos métodos empleados para el diagnóstico temprano del cáncer de mama y compararlos con los utilizados anteriormente.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el tema, así como de los protocolos normalizados de trabajo de distintos hospitales.

RESULTADOS: Tras el estudio de las diferentes técnicas y la recopilación de datos referentes al tema en cuestión, se observa que la baja especificidad del marcador tumoral Ca 15.3 De naturaleza glicoproteica que se utiliza actualmente hace que se intenten buscar otras alternativas a esta prueba y/o utilizarla de manera conjunta con otros tipos de pruebas.

CONCLUSIÓN: La clave para la mejoría del pronóstico y, por lo tanto, de la supervivencia de cualquier cáncer, y en concreto del cáncer de mama, radica en el diagnóstico precoz y de manera simple. Esto hace que se planteen diferentes modos de determinación, unos más sensibles y específicos que otros. La utilización del Ca 15.3 No es útil como prueba de cribado de este tipo de cáncer, ya que solo un pequeño porcentaje de pacientes en estadio temprano resultarán positivos además de ser poco específico. Sin embargo, es el marcador de elección para la monitorización de la enfermedad tras el inicio del tratamiento, así como para el diagnóstico precoz de recidivas.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, MAMA, MARCADOR, PRONÓSTICO, CRIBADO.

LA ALIMENTACIÓN Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER

AINARA ORTIN JAEN, JOSE VICENTE NAVARRO HENAREJOS, LIDIA REVERTE BASTIDA,
ANABEL MARTINEZ SANCHEZ, LAURA MESEGUER GARCIA, CINTIA SEGURA ALBEROLA

INTRODUCCIÓN: Se pretende reflejar la importancia de una buena alimentación en la prevención del cáncer.

OBJETIVOS: Establecer estrategias para evitar el cáncer, basadas en la prevención primaria y en el diagnóstico precoz. Introducir una dieta rica en frutas y verduras que junto con modificaciones en algunos factores de riesgo ambientales y laborales. Reducir la obesidad, manteniendo el peso corporal dentro de los rangos adecuados y realización de ejercicio físico.

METODOLOGÍA: Para la realización de esta revisión teórica, se han buscado artículos de actualidad relacionados con la alimentación en pacientes oncológicos y en bases de datos de salud: SCIELO. Cáncer y su asociación con patrones alimenticios (Argentina). Impacto del tratamiento antineoplásico en el estado nutricional en pacientes con cáncer de mama. Evidencias sobre la prevención del cáncer. Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda fueron: cáncer, alimentación, nutrición, oncología.

RESULTADOS: Disminuyen en general los porcentajes de los cánceres prevenibles que se estiman en un 80-90%. Se reduce la incidencia global de cáncer en 30-40%, que equivale a 3-4 millones de casos en el mundo, fundamentalmente en el de colon, mama y esófago, con la modificación de hábitos alimenticios y cambios en la dieta. Minimizan los fallecidos por cáncer como consecuencia de la obesidad y el sobrepeso, que se suman aproximadamente entre unas 6000 y 14000 al año.

CONCLUSIÓN: La alimentación es el factor de riesgo tumoral mas importante dentro de los factores ambientales y prevenibles. Más de 32000 muertes anuales por cáncer en España, son debidas a una dieta inadecuada. La obesidad es el factor de riesgo más importante en el desarrollo de un cáncer. Los tumores más relacionados con la obesidad son; esófago, estómago, colon, mama, útero e hígado. España es el séptimo país de mayor incidencia de obesidad dentro de la UE.

PALABRAS CLAVE: ONCOLOGÍA, CÁNCER, ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN.

TUMOR CABEZA DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

FRANCISCO MINGUEZ GUILLAMON, LAURA IZQUIERDO BALLESTA, SONIA GARCIA GALDON, ANTONIO FRANCISCO SANCHEZ PROVENCIO, NURIA SANCHEZ PEDREÑO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente derivado de otro centro hospitalario para ingreso tras hablar con cirujano de guardia. Cuenta el paciente molestias abdominales de tiempo de evolución acompañado de astenia, anorexia y pérdida de peso que no sabe cuantificar. Hace una semana comenzó con coloración amarillenta de la piel, acolia y coluria, motivo por el que ingreso en el otro centro donde le han realizado las pruebas hasta diagnosticar ictericia obstructiva con probable tumor de cabeza de páncreas. No ha presentado fiebre. No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes Personales: HTA. No DM. No DLP. Fumador de 1 paquete diario desde los 20-25 años. Bebedor de 1 litro diario con aumento durante el fin de semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ictericia cutánea y mucosa, normohidratado. Eupneico en reposo. CV: TA 149/95 Tº 36.6ºC FC: Rítmico con extrasístoles sin soplos. AR: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: Peristaltismo conservado, blando, no doloroso a la palpación, hepatomegalia de 2-3 cm, no signos de irritación peritoneal. MMII: No edemas ni signos de TVP. Pulsos conservados y simétricos.

JUICIO CLÍNICO: Dolor abdominal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tumor cabeza de páncreas.

PLAN DE CUIDADOS: Se decide ingreso hospitalario en un hospital con servicio de oncología.

CONCLUSIONES: El cáncer de páncreas es una enfermedad en la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de páncreas. Los signos y síntomas del cáncer de páncreas son ictericia, dolor y pérdida de peso. El cáncer de páncreas es difícil de detectar (encontrar) y diagnosticar temprano.

PALABRAS CLAVE: DOLOR ABDOMINAL, COLURIA, ICTERICIA, ONCOLOGÍA.

LA DEPRESIÓN ASOCIADA A LA ALOPECIA EN EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

LAURA GÓMEZ NARVÁEZ, VANESSA ROPERO GALLARDO, VERONICA PONCE MORENO

INTRODUCCIÓN: La caída de pelo, conocida como alopecia, posible consecuencias secundaria a la quimioterapia. Quimioterapia abarca una amplia gama de tratamientos, resaltar que no todos los tratamientos con quimioterapia va asociada a una caída del pelo.

OBJETIVOS: Conocer la relación de la alopecia con depresiones o morbilidad en las personas que se someten a quimioterapia.

METODOLOGÍA: Se hace entrevistas a personas que acuden por primera vez a su tratamiento con quimioterapia y a personas que después de varios ciclos. Estas entrevistas se han llevado a cabo principalmente en dos hospitales Hospital Carlos Haya y Hospital Universitario de Málaga. Posteriormente realizamos una revisión bibliográfica referente a la temática, buscando artículos publicados en los últimos 10 años en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Tripdatabase, Scielo, Cochrane Library. Utilizando los descriptores “depresión”, “alopecia”, “quimioterapia”, “neoplasia” y el operador booleano “and”. Obteniendo un resultado de 10 artículos relevantes para nuestro trabajo.

RESULTADOS: En las entrevistas iniciales se pregunta cuáles son sus principales preocupaciones, al igual que una de las cuestiones que se realiza en las entrevistas posteriores cuales son los síntomas que más le preocupa. En estas entrevistas los resultados coincidían al 70%, los pacientes preguntaban si se le caería el pelo. Y en las posteriores a los ciclos coincidían en si la caída de pelo era transitoria. Creando estas situaciones a los pacientes la sensación de pérdida de control de su vida, estrés, disminución de la autoestima, con ello la aparición de la depresión. Datos que se corroboran con en la revisión bibliográfica.

CONCLUSIÓN: Algunos de los consejos que enfermería puede aportar son la educación sanitaria, como son los consejos previos; tener el pelo corto, afeitarse antes de que comience la caída, acudir a un especialista para la realización de pelucas, comprar pañuelos a gusto del paciente... o incluso aceptar la no utilización de éstos.

PALABRAS CLAVE: ALOPECIA, DEPRESIÓN, NEOPLASIA, QUIMIOTERAPIA.

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CARCINOMA DE PULMÓN DE DEPORTISTA: UNA IMAGEN TÍPICA EN UNA EDAD DE PRESENTACIÓN INUSUAL

DAVID CASARES CANAS, MARÍA NIEVES LÓPEZ GAMARRA, MARIA DOLORES RAMIREZ GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años con antecedentes personales de artroscopia de rodilla izquierda por accidente laboral, no fumadora ni consumidora de alcohol. Acude a Urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de dolor en la espalda. No presenta cuadro febril. Tos con expectoración verdosa desde hace 6 días. Como antecedentes familiares, abuelo materno fallecido de cáncer de pulmón, abuela materna fallecida de cáncer de mama y abuela paterna fallecida de neoplasia digestiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: FC: 54 LPM. FR: 24 RPP. T: 35°C. TA: 115/75. Sat O2: 99%. Buen estado general. Respiración normal en reposo. Consciente y orientado. Destacan a la auscultación pulmonar roncus dispersos en ambos pulmones. Hemograma y bioquímica: normales. Radiografía de tórax: Marcadores tumorales: alfa fetoproteína 18 ng/ml, CEA 8 ng/ml. IFN gamma tuberculosis: negativo. Espirometría: CVF 5516 ml (131%), FEV1 4310 ml (118%), cociente 88%. Biopsia pulmonar: anatomía patológica de adenocarcinoma de patrón acinar. Se realiza colonoscopia con resultado de hemorroides como único hallazgo.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma pulmón. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Carcinoma Pulmonar.

PLAN DE CUIDADOS: Se deriva a especialista para tratamiento.

CONCLUSIONES: No se conocen muchos estudios sobre el carcinoma de pulmón en jóvenes menores de 40 años por la poca frecuencia en esas edades, y los que hay coinciden en señalar que el dolor torácico es el síntoma más frecuente junto con la tos. Hay opiniones contrarias sobre la influencia de la edad en el pronóstico, ya que este tipo de pacientes tarda mas en ir a realizarse la primera consulta desde la aparición de los síntomas, lo que podría influir negativamente. Es importante, ante síntomas como dolor torácico o tos en un paciente joven con factores de riesgo como tabaquismo, plantearse como diagnóstico diferencial un carcinoma de pulmón, solicitando una radiografía de tórax, prueba que puede salvar una vida.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA, HOMBRE JOVEN, BIOPSIA, MARCADORES.

PACIENTE CON ENFERMEDAD METASTÁSICA HEPÁTICA, PÉLVICA Y GANGLIONAR

LAURA GÁLVEZ HERNÁNDEZ, ALICIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ CARVAJAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 26 años sin antecedentes médicos de interés, no fumador ni bebedor ocasional, sin tratamiento habitual ni AMC. Acude a urgencias por dolor abdominal que se ha ido intensificando hasta el punto de no dejarlo dormir desde hace dos días. No presenta náuseas ni vómitos, tampoco otra sintomatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 115/85, FC 83, T[°] 36.5 Y SO₂ 98%, afebril. Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Mucosa oral hidratada y buen relleno de lecho capilar distal. Eupneico en reposo, hemodinámicamente estable. ACR: tonos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado. ABD: hepatomegalia de 2 traveses, se palpa masa a nivel de FID, dura, no móvil, adherida en apariencia a planos profundos, no oleada ascítica exploratoria. No edema de pared. Como pruebas complementarias: analítica, coagulación y pruebas tumorales.

JUICIO CLÍNICO: Dolor no controlado secundario a tumor primario no filiado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con las pruebas complementarias y la exploración física se puede asegurar que el paciente presenta enfermedad metastásica hepática, pélvica y ganglionar secundaria a tumor primario no filiado.

PLAN DE CUIDADOS: Ingreso a cargo de oncología, Interconsulta a la Unidad del Dolor, Biopsia hepática, Biopsia pélvica, inicio de tratamiento radioterápico combinado con quimioterapia, Interconsulta a Psiquiatría.

CONCLUSIONES: Cuando el cáncer ha producido metástasis, se puede tratar con quimioterapia, radioterapia, tratamiento hormonal, cirugía o terapia biológica; igualmente podrá implantarse un tratamiento combinado de los antes citados. Su elección se establecerá en base al tumor primario, edad del paciente, estado de salud general y localización de las metástasis. Los cánceres metastásicos pueden diagnosticarse al mismo tiempo que el tumor primario, meses o años después. Las terapias actuales pueden lograr que algunos de estos casos se cronifiquen y por tanto una elevada supervivencia del paciente retomándose el tratamiento de forma intermitente.

PALABRAS CLAVE: PÉLVICA, PRIMARIO, ONCOLOGÍA, RADIOTERAPIA.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA RADICAL PROSTÁTICA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CRISTINA VISEDO LARA, ENCARNACION RODRIGUEZ RUIZ, DAVINIA GOMIS JUAN

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata supone un 10% de los cánceres que se desarrollan en el varón siendo una de las primeras causas de muerte en el hombre. Es un tumor de origen benigno que con el paso del tiempo las células de la glándula prostática se van malignizando creciendo lentamente y es ahí donde radica el problema, al ser una patología de evolución silenciosa donde crece durante años sin producir síntomas ni signos. Con la cirugía laparoscopia se pretende extirpar la glándula prostática y los tejidos de alrededor que están dañados como vesícula seminal y ganglios linfáticos cercanos. Esta cirugía se ha convertido en una cirugía mínimamente invasiva con buenos resultados.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica radical prostática.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con los cuidados de enfermería ante pacientes sometidos a cirugía laparoscópica. Se busca en bases de datos como pubmed, Cochrane, Cuidatge y Scielo entre los rangos de tiempo que van desde enero de 2014 a marzo de 2015. Los operadores booleanos son AND y OR.

RESULTADOS: Tras la lectura crítica de los artículos destacar que los cuidados intraoperatorios se han de centrar en mantener al paciente en normotermia y evitar tromboembolismo de las extremidades debido a la posición y a las horas que conlleva la cirugía. Para ello se ha de colocar una manta térmica eléctrica. Empleo de termómetro con monitorización continua y perfusión de líquidos o empleo de calentador eléctrico de perfusión endovenosa. Importante prestar atención a la colocación de las extremidades.

CONCLUSIÓN: Uno de los cuidados más importantes es llevar a cabo por el personal de enfermería radical en mantener al paciente termorregulado de manera continua mientras se realiza la cirugía para minimizar las posibles complicaciones y evitar lesiones nerviosas y vasculares.

PALABRAS CLAVE: CIRUGÍA, LAPAROSCOPIA, PROSTÁTICA, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

INES CATALINA CALVO CABRERA, MARIA DEL MAR CANTOS PERALES, MARIA JESUS GARCIA CAÑUELO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 78 años de edad que acude derivado desde tele dermatología para valoración de lesión tumoral asintomática de crecimiento progresivo en mejilla izquierda de dos meses de evolución. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: No AMC. Hiperplasia Benigna de Próstata. HTA y DM. Tratamiento habitual: AS 100, ácido fólico, optovite B12, omeprazol, simvastatina, metformina, doxazosina. Hábitos tóxicos: ex fumador desde hace 20 años, no bebe, no otros hábitos tóxicos. Exposición solar crónica laboral: si. Profesión: construcción.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Fototipo III Lesión tumoral indurada de 0.7X0.5 Cm de diámetro, con forma redondeada, superficie lisa y vascularización irregular en mejilla izquierda. En región occipital presenta una lesión negra, de bordes bien definidos con folículos en su interior y que en la dermatoscopia presenta coloración negro-azulada, con vascularización prominente y una zona que podría corresponder a un tapón córneo.

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma escamoso cutáneo. **PLAN DE CUIDADOS:** Se incluye en lista de espera quirúrgica tras explicarle el procedimiento, el cuál comprende y acepta y firma consentimiento informado. Se recomienda factor de protección solar de 50.

CONCLUSIONES: Este tipo de carcinoma es el segundo más común de cáncer de piel, y suele aparecer en aquella piel expuesta al sol o a otro tipo de radiación ultravioleta de forma habitual algunos factores de riesgo para que aparezca este tipo de cáncer son: edad avanzada, ojos, pelo y clara, exposición prolongada a la luz solar.

PALABRAS CLAVE: MEJILLA, FOTOTIPO, VASCULARIZACIÓN, FOLÍCULO.

IMPORTANCIA DEL APOYO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

DAVINIA LABELLA CAÑADA, DOLORES ARIAS CARRILLO, LUZ ANDREA VALENCIA RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: Además del tratamiento el paciente necesita una serie de cuidados con el fin de hacer más llevadera su enfermedad, estos serán: Necesidades básicas: Alimentación, hidratación e higiene adecuada y un entorno agradable y tranquilo. Resolución de dudas ante: Cirugía: tranquilizarlo y reducir sus miedos ante posibles secuelas físicas. Quimioterapia: Aconsejarle como hacer más llevaderos sus efectos como por ejemplo los vómitos (comer lentamente, poco y con frecuencia) Apoyo psicológico ante las reacciones que produce la enfermedad como estrés, tristeza, culpabilidad, ansiedad, enfado...

OBJETIVOS: El objetivo con el paciente es revisar la bibliografía reciente sobre el tema con el fin de tener medidas de actuación para canalizar la ansiedad del paciente, angustia, miedo, y mecanismos de defensa frente a la enfermedad, en tratamiento, el deterioro y finalmente la muerte en algunos casos.

METODOLOGÍA: Se estudian los diferentes aspectos que conlleva el diagnóstico del cáncer, las reacciones en el paciente y familiares al conocer la noticia, el tratamiento y los efectos de este. Estas reacciones se dan a nivel físico (cambios de imagen por cirugía, caída del pelo...) y psicológicos (tristeza, estrés, enfado...) Se realiza búsqueda en la base de datos utilizando palabras específicas.

RESULTADOS: Esto hace más llevadera la enfermedad al paciente tanto a nivel físico, psíquico y social.

CONCLUSIÓN: El personal sanitario debe mantener un tono de voz suave y ser afectuoso. Explicar al paciente los tratamientos y pautas a seguir reduce su ansiedad. El cáncer afecta también a su familia por ello el profesional sanitario tiene también que cuidar este aspecto ya que también forma parte del enfermo.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, ENFERMEDAD, PACIENTE, PERSONAL SANITARIO.

CUIDADO DENTAL EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA EN CABEZA-CUELLO

ANA NAJAS GONZALEZ, ALFREDO FERNANDEZ NAJAS, ALBERTO FERNANDEZ NAJAS

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cabeza y cuello es un problema de salud importante a nivel global. La incidencia del cáncer oral es particularmente alta en los hombres en comparación con las mujeres. El tabaco y el alcohol son factores de riesgo. Este tipo de tumor, en gran número, es subsidiario de tratamiento con radioterapia, pero es importante prevenir y tratar las complicaciones que pueden acarrear dicho tratamiento.

OBJETIVOS: Hallar las intervenciones necesarias para evitar las complicaciones en las piezas dentales que se pueden producir en pacientes sometidos a radioterapia en región de cabeza y cuello.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos más reconocidas como PubMed, Cochrane library, MedLine, Scielo. Se ha intentado que la búsqueda haya sido lo más reciente posible, tomando como referencia los últimos 10 años. Los descriptores utilizados han sido “dental”, “cuidados”, “cáncer”, “cabeza y cuello”, “radioterapia”. Los idiomas de búsqueda han sido inglés y castellano.

RESULTADOS: Hemos seleccionado 5 artículos después de su valoración mediante el método CASPe. Las intervenciones más importantes a tener en cuenta son: Identificar las piezas dentarias con riesgo significativo de infección que aumenta el riesgo de osteonecrosis. Las extracciones previas a la irradiación deben realizarse tres semanas antes para evitar el riesgo de complicaciones. Realizar una profilaxis completa con un tratamiento con flúor previo al tratamiento. Antes de programar el inicio del tratamiento se debe verificar que el paciente ha cumplido todos los requerimientos señalados anteriormente.

CONCLUSIÓN: La evaluación y tratamiento de las patologías dentarias previas a la radioterapia deben ser componentes esenciales antes de que comience dicho tratamiento. Los pacientes deben recibir una evaluación oral integral varias semanas antes de que comience la radiación, proporcionando un intervalo apropiado para la cicatrización del tejido en el caso de que sean necesarios procedimientos invasivos orales.

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, PIEZAS DENTALES, CUIDADOS PROFILÁCTICOS, CABEZA, CUELLO.

ACUDE A URGENCIAS CON HEMATURIA TOTAL

NATALIA LERENA SANTOS, MONICA IGLESIAS LOPEZ, CORONADA MENA TORRES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 89 años que vive en una institución geriátrica, que ha estado hace 10 días en urgencias por cuadro de hematuria y molestias y hoy vuelve con los mismos pero se ha anemizado bajando la Hg de 12g/l a 8g/l. Continúa con hematuria, mucho más clara.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EXPLORACIÓN: Abdomen depresible, no reacción aguda, molestias en bajo vientre. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hematología general (hemograma completo), hemostasia/fibrinólisis (tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activada) y bioquímica general.

JUICIO CLÍNICO: Anemia y tumoración vesical. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tumoración Vesicular.

PLAN DE CUIDADOS: Seguirá con el mismo tratamiento que tomaba en la residencia de ancianos: Lormetazepam 2mg en la noche, Metaformina 850 desayuno y en cena, Clopidrogel 75 en almuerzo, Hemovas 600 desayuno y en cena, Hidroclorotiazida 25 mg media pastilla en la merienda, Enalapril 5 mg en desayuno y en cena, Ranitidina 300 en almuerzo, Vinagliptina 5 en almuerzo, Morfina (si dolor), Rivastigmina 4.6 Por la mañana. Además se añade: Cefuroxima 500 desayuno y en cena (10 días), Toviaz 8mg en desayuno (28 días) Pendiente de eco vesical en planta, Preoperatorio para programar RTU de vejiga, Pendiente de tratamiento quirúrgico, alta y pendiente de programar para RTU de vejiga. Mantener sonda uretral y cambios cada 30 días en su residencia de anciano.

CONCLUSIONES: Tras las pruebas practicadas se concluye que el paciente esta pendiente de ser operado.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, HEMATURA, ANEMIA, MOLESTIAS.

ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO

MARIA INMACULA LAY DUQUE, PATRICIA GONZALEZ NUÑEZ, CARMEN RAMOS SANTOS

INTRODUCCIÓN: La oncología es el estudio de todos los tipos de tumores cancerígenos, en ella se trata el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de los pacientes de cáncer, también se incluyen los cuidados paliativos de pacientes con enfermedades en estado avanzado.

OBJETIVOS: Identificar las diferentes medidas y actuaciones a llevar a cabo con el paciente oncológico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado los descriptores: neoplasias, oncología, enfoque multidisciplinario del cáncer, tumores benignos y malignos.

RESULTADOS: El método Bonny de Imagen Guiada con Música es un modelo de musicoterapia, en el que a través de una música programada se realiza una terapia de transformación con el fin de estimular, apoyar y desarrollar experiencias internas en el individuo y su integración global (física, psicológica, emocional y social). Se usa la música clásica para que el paciente viaje con ella y se forme una imagen en su cerebro durante la audición y luego, con la ayuda del terapeuta, se le dan pautas sobre cómo interpretar esa imagen para que le ayude en el problema que tenga, sea del signo que sea. Los pacientes con cáncer reciben algunas estrategias terapéuticas: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o terapias biológicas. La investigación oncológica supone que aparecerán nuevos tratamientos sobre la biología molecular del cáncer.

CONCLUSIÓN: Los profesionales que atienden al afrontamiento, tratamiento y evolución de la enfermedad, deben actuar de forma coordinada para obtener la máxima eficacia terapéutica con los pacientes.

PALABRAS CLAVE: NEOPLASIAS, ONCOLOGÍA, ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER, TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS.

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES ONCOLÓGICOS

ESTEFANIA ARIZA CALVO, SUSANA SALAS RODRIGUEZ, INMACULADA MOLINA MARTIN

INTRODUCCIÓN: Usar el proceso del duelo centrado en la oncología, teniendo en cuenta que el objetivo terapéutico va a ser la unidad Paciente/familia/enfermera por considerar que dicha relación en el duelo en oncología no solo es posible, sino que necesaria y beneficiosa.

OBJETIVOS: Determinar medidas para atender las necesidades y demandas del paciente, ofreciendo en todo momento una buena calidad de vida, independientemente del tipo de tratamiento al que está sujeto el paciente. Todo ello sin dejar de lado un tratamiento integral y efectivo.

METODOLOGÍA: Se han realizado búsquedas bibliográficas en Cuiden Plus, Scielo, Scopus y buscador Google Scholar. Los descriptores que se han utilizado han sido: calidad de vida, tratamiento, cáncer y atención psicológica.

RESULTADOS: Tratar a los pacientes con empatía. Decir la verdad cuando el paciente se lo pida. Hacerles sentir que se les quiere. Combinar el afecto y la cercanía con la profesionalidad. Mantener el mayor grado de autonomía posible hasta el final. Escucharles y acompañarles. Respetar sus silencios.

CONCLUSIÓN: Si se establece una relación de confianza entre el paciente/familia/personal de enfermería ésta se convierte en el soporte más importante para el paciente. Adoptar una actitud activa le será beneficioso en el curso positivo de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, TRATAMIENTO, CÁNCER, ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

PACIENTE ADULTO CON ADENOCARCINOMA DE RECTO EN ESTADIO IIA

JUAN JOSE MUÑOZ BERNAL, JESICA BERNAL CASTRO , VANESA GARCÍA RUIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 30 años que acude a su MAP por presentar diarrea de 4 semanas de evolución, con aumento de deposiciones de 5-6/ día, de consistencia blanda. No se aprecia productos patológicos salvo hematoquecia en una ocasión. Sin alergias y sin antecedentes personales de interés. Niega hábitos tóxicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente refiere que no ha tenido náuseas ni vómitos, afebril, no síndrome constitucional, en algunas ocasiones interrumpe el descanso nocturno. No tenesmo rectal ni proctalgia. No dolor abdominal. A la exploración física: Leptosómico, talla: 165 cm, Peso: 55 kg, IMC: 20,2, TA:130/65 mmHg, FC: 71 lpm. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos audibles, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sin signos de defensa. Peristaltismo conservado. Pruebas complementarias: Analítica: hemograma sin leucocitosis, Hb: 11.7, Bioquímica dentro de los parámetros normales. PCR<3.1. Autoinmunidad y alergias negativas. IgA normal. Analítica heces: Sangre oculta+++ . Digestión: normal. Coprocultivo Negativo. Ac H. Pylori negativo. Tras resultados se deriva al digestivo para complementar estudio: Colonoscopia y TAC del cuerpo: Neoformación estenosante en región media del recto a unos 5.5 Cm de la unión ano-rectal, con extensión longitudinal de unos 6 cm. Colonoscopia virtual: no se visualizan más lesiones.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma de recto estadio IIA. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infección rectal, neoplasia.

PLAN DE CUIDADOS: En la primera exploración podíamos haber realizado un tacto rectal que en este caso hubiera aportado información relevante ya que la neoformación era palpable. Tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia.

CONCLUSIONES: Es importante individualizar en el manejo de los pacientes, puesto que a pesar de que este paciente no cumplía los criterios habituales para el despistaje del Ca de colon, la clínica que presentaba tenía signos de alarma siendo necesario hacer el despistaje y el diagnóstico diferencial completo.

PALABRAS CLAVE: ADENOCARCINOMA, COLON, DIARREA, SÍNTOMAS.

ANÁLISIS SOBRE LAS MEDIDAS DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

SANDRA ARANDA MUÑOZ, ANA MARÍA GARCÍA MIRANDA, SONIA SÁNCHEZ HERRERA

INTRODUCCIÓN: Existen medidas para detectar esta enfermedad en fases tempranas donde aún no han aparecido síntomas, gracias a ello y con un tratamiento adecuado se puede lograr que el pronóstico para estos pacientes sea favorable y aumentar los índices de supervivencia. Por desgracia, aún no hay medidas para evitar la aparición del cáncer de mama.

OBJETIVOS: Determinar las medidas y las pruebas diagnósticas que se aplican para la prevención precoz del cáncer de mama en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se han consultado páginas web especializadas en cáncer de mama con el fin de obtener información y datos estadísticos sobre las pacientes afectadas por esta enfermedad. Además de sa realizado una búsqueda en las bases de datos electrónicas Pubmed, Dialnet.

RESULTADOS: La mamografía es la prueba más eficaz para detectar precozmente esta enfermedad. Se debe realizar periódicamente (cada dos años) a mujeres entre 50 y 69 años, que no hayan presentado síntomas. Otros métodos complementarios son la ecografía que se realiza para la detección precoz en edades más tempranas y la exploración física realizada por el médico o autoexploración realizada por la propia mujer. Hay medidas que pueden reducir el riesgo de padecer cáncer de mama según estudios recientes como la realización regular de ejercicio físico, evitar el sobrepeso y la obesidad, reducir el consumo de alcohol.

CONCLUSIÓN: Actualmente existe un nivel muy alto en las posibilidades de curación en el cáncer de mama detectado en una etapa inicial, donde no haya metástasis, ni infiltraciones. Gracias a campañas, información y educación que desde los centros sanitarios se da a la población, se ha reducido de manera significativa las tasas de mortalidad.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER DE MAMA, DETECCIÓN PRECOZ, MAMOGRAFÍA, OBESIDAD.

RADIOTERAPIA COMO CAUSA DE HIPOTIROIDISMO EN EL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

EROS GARCIA NUÑEZ

INTRODUCCIÓN: 30-40% De los tumores de cabeza y cuello se diagnostican en estadio I o II, permitiendo un tratamiento definitivo mediante cirugía primaria o radioterapia. Ambas técnicas poseen similares tasas de supervivencia y de control local de la enfermedad, la elección de una u otra se basa en la accesibilidad quirúrgica del tumor, los resultados funcionales de la cirugía y la morbilidad asociada. Debido a que la supervivencia a los 5 años en estos pacientes es de un 70-90%, es posible observar efectos secundarios en los pacientes tratados con radioterapia.

OBJETIVOS: Analizar los efectos secundarios a nivel tiroideo de la radioterapia en el cáncer de cabeza y cuello en los pacientes.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en Pubmed. Descriptores: hypothyroidism, head and neck cancer, radiation therapy. Fórmulas de búsqueda: hypothyroidism AND head and neck cancer AND radiation therapy.

RESULTADOS: La incidencia de la enfermedad tiroidea tras la radioterapia para los tumores de cabeza y cuello es muy variable. Se describe una incidencia de hipotiroidismo subclínico de 26-53% y de hipotiroidismo clínico del 11-33%. El hipotiroidismo primario, suele ser el resultado de la irradiación de la región inferior del cuello, causando daño en la glándula tiroidea. Su detección se realiza mediante la determinación sérica de una TSH elevada. El hipotiroidismo central, es menos común. El hipotiroidismo inducido por la radioterapia se desarrolla de media a los 1.4 A 1.8 Años tras el tratamiento. Es más común en pacientes sometidos a ambas modalidades de tratamiento. Algunos estudios han observado una tasa mayor de hipotiroidismo en pacientes tratados con radioterapia de intensidad modulada. Sin embargo, ese aumento del riesgo puede evitarse con una apropiada técnica que minimice la dosis de radiación de la glándula tiroidea.

CONCLUSIÓN: Es necesario establecer un cribado para detectar alteraciones de la función tiroidea en los pacientes tratados con radioterapia a nivel del cuello.

PALABRAS CLAVE: HIPOTIROIDISMO, RADIOTERAPIA, CABEZA, CUELLO, CÁNCER.

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS

MANUEL MERINAS VALERO, ANDRÉS JURADO ESPADAS, ANA ISABEL HERRUZO MORENO

INTRODUCCIÓN: Hablamos de estomas cuando se realiza la avocación de una víscera al exterior. Hoy en día, gracias a los avances en medicina, han aumentado notablemente el número de este tipo de intervenciones, existiendo de modo general una carencia sobre este tipo de cuidados.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de una formación adecuada en el profesional de enfermería, con el fin de garantizar una calidad asistencial al paciente ostmizado adecuada.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica sobre las ostomías. La búsqueda se ha realizado en bases de datos como IBECs, Cochrane o Medline entre otras, se ha recabado información de guías clínicas y en artículos publicados en revistas científicas, y se han revisado manuales de asociaciones como AOMA, ARGIA o Fundación Ayúdame entre otras.

RESULTADOS: Es necesaria una correcta formación y conocimiento sobre ostomías por parte del profesional de enfermería, de modo que puedan cuidar, prevenir y educar al paciente sobre su enfermedad y las consecuencias que pueden acarrearles, evitando las posibles complicaciones que puedan aparecer, y saber cómo actuar en el caso de que aparezcan.

CONCLUSIÓN: Una buena formación por parte de los profesionales y una educación sanitaria a familiares y enfermos, reduce de manera notable las posibles complicaciones, siendo necesaria una correcta planificación al alta en este tipo de pacientes, y una buena coordinación del equipo multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ENFERMEROS, OSTOMÍA, ILEOSTOMÍA, CÁNCER.

COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA EN EL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

ANDRES JESUS CARMONA GUIRADO, MARIA DEL PILAR BRAVO RIVAS, ROCIO PEREA DEL PINO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 68 años que acude por sensación de ahogo y cuerpo extraño en vía respiratoria. Intervenida de un carcinoma papilar de tiroides y en tratamiento actual de radioterapia, comenta que lleva dos semanas notando más secreciones de lo normal, de aspecto sanguinolento. Hipercolesterolemia, hipertensión arterial.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Revisión de traqueostomía y solicitamos determinaciones analíticas y radiográficas. Realizamos una entrevista completa utilizando a su yerno como traductor, existe poca información en la historia de salud digital y revisamos los informes de su proceso oncológico.

JUICIO CLÍNICO: Restos de tejidos necróticos y hemáticos son desprendidos del árbol traqueal y ante la imposibilidad de una aspiración oportuna de ella y la dificultad para su expulsión de manera voluntaria, provocan su acumulación y dificultan el paso del flujo respiratorio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con varias tesis que podían ser el motivo de esa sensación de ahogo, tras recibir resultados de pruebas complementarias y una valoración por parte del equipo de oncología radioterápica, se confirma una complicación del tratamiento radioterápico al que se está sometiendo la paciente.

PLAN DE CUIDADOS: El equipo de enfermería nos sentimos obligados a elaborar un modelos de cuidados de enfermería individualizado donde pudiésemos desarrollar intervenciones para la paciente y sus familiares con el objetivo de alcanzar unos objetivos que les permitiesen reconocer, tratar y superar por el duro momento al que estaban enfrentándose.

CONCLUSIONES: El carcinoma papilar de tiroides es la variante de cáncer más frecuente de la glándula tiroides (80%). Son más predominantes en mujeres que en hombres, tienen una tasa de supervivencia muy alta, en torno al 90%. Existen varias alternativas terapéuticas como la cirugía, la radioterapia y la toma de yodo radioactivo. Dependiendo de su extensión y de su posibilidad de que el tumor obstruya o dificulte la vía aérea, se realiza una traqueotomía transitoria.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA, RADIOTERAPIA, OBSTRUCCIÓN, TRAQUEOSTOMÍA, FAMILIA, EDUCACIÓN SANITARIA.

ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA MAMARIA

ROCIO GARCIA CORONADO, SUSANA ENCINAS GARCIA, MARIA MERCEDES ESTEVEZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama en la actualidad es la lesión maligna más frecuente en la mujer y la primera causa de muerte por cáncer en muchos países desarrollados.

OBJETIVOS: Determinar la atención que reciben los pacientes en la unidad de oncología mamaria.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Se deben de exponer los diferentes métodos de diagnósticos preclínico y precoz del cáncer mamario, explicar la estructura del Subprograma Nacional del cáncer de mama, los distintos métodos utilizados para el diagnóstico de la enfermedad, la puesta en marcha y el desarrollo del subprograma de cáncer mamario y destacar el trabajo realizado por los distintos factores, en especial enfermería, en la ejecución del Subprograma del Cáncer Mamario. El examen clínico realizado por un especialista adiestrado, es capaz de detectar un gran número de tumores en la población sana. Consideramos que el autoexamen de mamas (AEM) es el método más económico y asequible para que la mujer detecte dicha enfermedad en etapas tempranas. El médico y la enfermera de la familia, así como la promotora de salud (BS) desempeñan un papel fundamental en la educación adecuada, posibilitando la acción directa sobre un grupo reducido de mujeres en riesgo, de la comunidad a ellas asignadas.

CONCLUSIÓN: Con esta exposición del Subprograma Nacional de Cáncer de Mama contribuimos al desarrollo del mismo aún cuando su contenido sólo nos enriquece teóricamente; sin embargo, nos da una visión de lo que existe y más aún de lo que podemos lograr. A través de este programa brindamos información suficiente sobre los métodos utilizados para el diagnóstico de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: ONCOLOGÍA, MAMAS, ATENCIÓN, UNIDAD.

LINFOMA T LINFOBLÁSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

CRISTINA MARTINEZ ESPINOSA, RAQUEL GAMBIN ESTEBAN, LIDIA BRAVO HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 35 años que acude a consultas externas de hematología para primera visita, desde donde es remitida por aumento del dolor hemitorácico izquierdo de características pleuríticas descrito al diagnóstico, desde hace varios días, que no se controla con analgesia de primer escalón (paracetamol y nolutil) y le impide el descanso nocturno. Refiere también disnea de moderados-grandes esfuerzos. No fiebre ni clínica infecciosa en anamnesis sistemática. Antecedentes Personales: No AMC, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general. Consciente, orientada. Normohidratada y normocolorea. Eupneica en reposo. CV: Afebril, constantes en rango normal. No taquipnea ni tiraje respiratorio. CyC: Masa supraclavicular izquierda indurada, ya conocida. No signos de congestión venosa sistémica. Piel y mucosas: Sin lesiones. Catéter: periférico en MSD desde 27/09. AP: Hipofonesis en todos los campos pulmonares izquierdos. No ruidos patológicos. AC: Rítmica sin soplos. ABD: Blando, depresible, molestias a la palpación profunda en hemiabdomen izquierdo sin signos de irritación peritoneal. No masas ni visceromegalías palpables. RHA conservados. MMII: Sin hallazgos.

JUICIO CLÍNICO: Dolor en hemitórax izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Linfoma T linfoblástico de reciente diagnóstico, con masa mediastínica.

PLAN DE CUIDADOS: Se decide realizar toracocentesis diagnóstica y evacuadora para alivio sintomático, así como se cursa ingreso para completar estudio e iniciar tratamiento de su linfoma de base.

CONCLUSIONES: Los linfomas se clasifican en el linfoma no-Hodgkin y el linfoma Hodgkin. Los no-Hodgkin pueden derivar de los linfocitos B o T. Los linfocitos son una parte de los glóbulos blancos de la sangre. Pueden ser de tipo B, ya que son una ayuda para el organismo ante las infecciones mediante la producción de anticuerpos; o linfocitos T que nos protegen frente a los virus, hongos y bacterias. Así pues, los linfomas no Hodgkin se dividen en linfomas de células B o T.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, DOLOR, LINFOMA, HEMATOLOGÍA.

EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA Y LOS AUTOCUIDADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA PÉLVICA

ANA NAJAS GONZALEZ, ALFREDO FERNANDEZ NAJAS

INTRODUCCIÓN: Los efectos ocasionados por la radioterapia pueden ser de carácter leve y no afectar en gran medida al día a día de la persona, o por el contrario pueden ser de carácter más problemático y alterar severamente su vida cotidiana, dando lugar a una disminución de la calidad de vida de la persona.

OBJETIVOS: Identificar cuáles son los mejores autocuidados que el técnico de radioterapia puede transmitir a personas sometidas a radioterapia pélvica.

METODOLOGÍA: Mediante la búsqueda bibliográfica en bases de datos y literatura gris disponible en la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz. Las bases de datos revisadas han sido Cochrane library, PubMed, Scopus, Embase, Medline, CSIC. La búsqueda la hemos realizado dentro de los últimos diez años utilizando los descriptores en idioma inglés y español. “Radioterapia”, “pelvis”, “zona pélvica”, “autocuidados”, “efectos secundarios”. De entre los artículos encontrados se seleccionaron 6.

RESULTADOS: Estos son los autocuidados descritos con más evidencia para evitar los posibles efectos secundarios: Evitar aquellos alimentos que puedan aumentar cuadros de diarrea y/o estreñimiento. Beber abundante líquido; 3 litros de agua. Tomar las comidas con temperatura templada. Utilizar jabón neutro. Uso de prendas de algodón. Realización de baños de asiento. No usar polvos de talco. No realizar rasurado con cuchillo. Mantener los pliegues inguinales secos. Buscar asesoramiento en caso de disfunción eréctil o disminución de la libido.

CONCLUSIÓN: Como conclusión podemos decir, que la radioterapia posee efectos tanto de carácter leve como severo, sin embargo existen una serie de autocuidados que permiten prevenir la aparición de los efectos secundarios, influyendo en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, AUTOCUIDADOS, COMPLICACIONES, ÁREA PÉLVICA, CALIDAD DE VIDA.

INTENSIDAD DEL DOLOR Y TIEMPO HASTA LA MUERTE DE PACIENTES CON CÁNCER

OTILIA RETAMERO ROBLES, LINA RODRIGUEZ GAMARRA, MARIA DEL CARMEN BUENO ROLDAN

INTRODUCCIÓN: El dolor es un síntoma común que experimentan los pacientes con cáncer, especialmente en aquellos con enfermedad avanzada.

OBJETIVOS: Identificar la intensidad del dolor en pacientes con cáncer avanzado, referidos a la unidad de cuidados paliativos, los factores subyacentes al dolor moderado a intenso y sus valores pronósticos

METODOLOGÍA: Estudio observacional prospectivo: Se incluyen todos los pacientes con tumores sólidos metastásicos y sin tratamiento oncológico específico. Se accedió a la intensidad del dolor usando la escala de dolor de la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton, calificada de 0 a 10 en una escala numérica, donde cero = sin dolor y 10 = peor dolor posible

RESULTADOS: Un total de 301 pacientes participaron en un estudio. La media de edad fue de 69 años y la mayoría de los pacientes eran hombres (57%). La media de supervivencia global fue de 37 días. Los pacientes que informaron dolor moderado a severo (gravedad del dolor ≥ 4) tuvieron una mediana de supervivencia de 29 días, en comparación con aquellos que no tuvieron dolor o moderado con mediana de supervivencia de 49 días.

CONCLUSIÓN: El estado funcional, la hospitalización, la metastización y la analgesia se asociaron con un menor tiempo hasta la muerte en pacientes con cáncer avanzado. El dolor por cáncer continúa siendo un problema clínico importante en pacientes con cáncer avanzado.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, DOLOR, EVALUACIÓN, SÍNTOMAS.

INDICACIONES DE LA QUIMIO-RADIOTERAPIA EN LOS TUMORES DE CABEZA Y CUELLO LOCALMENTE AVANZADOS

EROS GARCIA NUÑEZ

INTRODUCCIÓN: El carcinoma escamoso de cabeza y cuello localmente avanzado está asociado a mayor riesgo de recaída local y a distancia. La terapia combinada (cirugía primaria seguida de radioterapia, asociada o no a quimioterapia concurrente), optimiza las oportunidades de control a largo plazo.

OBJETIVOS: Realizar una búsqueda para valorar la eficacia de los tratamientos postoperatorios en el carcinoma escamoso de cabeza y cuello localmente avanzado.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en Pubmed.

RESULTADOS: Dos estudios: EORTC trial 22391, 334 pacientes con tumores de cabeza y cuellos resecados quirúrgicamente y asignados a radioterapia (RT) aislada versus RT asociada a cisplatino concomitante. Resultados: quimiorradioterapia (QRT) postoperatoria concurrente mejora significativamente el intervalo libre de progresión a los 5 años, control locorregional y supervivencia global. RTOG 9501, 459 pacientes con tumores de cabeza y cuello resecados quirúrgicamente, asignados aleatoriamente a RT aislada versus RT asociada a cisplatino concomitante. Resultados a los 10 años de seguimiento: no diferencias significativas en término de fracaso locorregional (22 versus 29%), intervalo libre de enfermedad (20 versus 19%) o supervivencia global (29 versus 27%). En un análisis por subgrupos se observó diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con extensión extracapsular o márgenes quirúrgicos positivos a nivel del control locorregional de la enfermedad y del intervalo libre de enfermedad, con una tendencia a la mejoría en la supervivencia global. Las complicaciones tardías eran similares en ambos casos. Cuando se realizó un análisis comparativo de estos ensayos, la extensión extracapsular y la afectación microscópica de los márgenes quirúrgicos fueron los únicos factores de riesgo en los que se observó un impacto positivo significativo de la QRT concurrente postoperatoria.

CONCLUSIÓN: Se recomienda la QRT postoperatoria concurrente sobre la RT postoperatoria en pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello localmente avanzados (estadio III-IV) que presenten márgenes quirúrgicos positivos y/o extensión extracapsular.

PALABRAS CLAVE: TUMOR CUELLO, TUMOR CABEZA, QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, LOCALMENTE AVANZADOS.

CATÉTERES VENOSOS DE LARGA DURACIÓN Y SUS INDICACIONES EN PROCESOS ONCOHEMATOLÓGICOS

SUSANA PIÑERO MARTÍNEZ, OSCAR PEREZ BLAYA, ELENA MARGARITA LEÓN VILLAR, ENNY KARINA DE MARTINO, ELIAS BAGHDAN EGEA, VÍCTOR GALLEGUO HERRERA, MIRIAM ALARCON MONSALVE, MARIA JOSÉ GARCÍA ZAMORA, CARMEN MARTINEZ PELLICER, JOSE ANTONIO PUJANTE RIQUELME

INTRODUCCIÓN: Los catéteres venosos de larga duración son esenciales en el paciente oncohematológico debido al desarrollo, uso de drogas antineoplásicas sistémicas y un mayor aumento de patologías neoplásicas en los últimos años y en la actualidad.

OBJETIVOS: Determinar las indicaciones de los catéteres venosos de larga duración (hickman y reservorio) en pacientes oncohematológicos.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica consultando base de datos: Medline, Cochrane, Scielo, Dialnet, Teseo, TDR y búsqueda inversa. Utilizamos las palabras clave: catéteres venosos, paciente oncológico, indicaciones, cuidados enfermería. Limitando el tiempo entre 2014-16.

RESULTADOS: Dentro de las indicaciones de los distintos catéteres venosos de larga duración que se canalizan en pacientes oncohematológicos, hickman y reservorio subcutáneo con aguja tipo gripper, entre otros, nos encontramos con la administración de sueroterapia en grandes volúmenes, fármacos y drogas vasoactivas con osmolaridad mayor de 600 mOsm/L o 500 mOsm/L. , Administración de sustancias hiperosmolares como la nutrición parenteral durante largos periodos de tiempo y contenga concentración de glucosa igual o mayor al 10% con aminoácidos al 5% por su alta osmolaridad, transfusión de hemoderivados (concentrados de hematíes y plaquetas), extracciones sanguíneas para así evitar las continuas punciones, administración repetida y a largo plazo de infusión de medicamento irritante como la quimioterapia, o para la determinación de constantes fisiológicas (PVC (presión venosa central), requerimientos de múltiples infusiones en forma simultánea.), Imposibilidad de canalizar una vía periférica, entre otros, y solo en el catéter hickman hemodiálisis o plasmaféresis y trasplante de Médula Ósea.

CONCLUSIÓN: Debido a las indicaciones anteriormente mencionadas, ha habido un aumento en la necesidad de inserción de catéteres venosos en pacientes oncohematológicos, ya sea, adulto o niño, y en la fase inicial de su enfermedad, en el cuidado de pacientes terminales o crónicos y en cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE: INDICACIONES, CATÉTERES VENOSOS, PACIENTE ONCOLÓGICO, CUIDADOS ENFERMERÍA.

EL DOLOR ONCOLÓGICO MUY TEMIDO POR LOS PACIENTES

LORENA ESPEJO GARCÍA, ANA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA JOSÉ CABRERA CABALLERO

INTRODUCCIÓN: Las personas que padecen cáncer, le teme mucho al dolor, la OMS lo define como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. La misma Organización Mundial de la Salud dice que “ el tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso de analgésicos y co-analgésicos según la escala analgésica”.

OBJETIVOS: Actualizar los conocimientos sobre las distintas formas empleadas para combatir el dolor oncológico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como son: Cuiden Plus, Scielo, Medline, Google Académico. La búsqueda está comprendida de 2005 a 2009. De un total de ocho referencias encontradas tras la búsqueda, tres se eligieron para la realización del actual trabajo. Se excluyeron aquellos archivos que no forman parte del tema principal del trabajo o no cumplen criterios de inclusión planteados en nuestro estudio.

RESULTADOS: Varios autores coinciden que para hacer una correcta paliación del dolor oncológico es necesario usar un tratamiento farmacológico y a veces un tratamiento no farmacológico. El tratamiento farmacológico siempre seguirá la escala analgésica de la OMS, ésta se utiliza comenzando con un analgésico no opioide, si se ve que el dolor no remite, se pasaría a un opioide menor y de ahí a un opioide mayor. Esta escala también indica la utilización de los fármacos llamados co-analgésicos, que bien solos o acompañados a otros analgésicos alivian el dolor maligno. En el tratamiento no farmacológico se incluyen los bloqueos nerviosos, catéteres epidurales, la cirugía de limpieza y la radioterapia paliativa.

CONCLUSIÓN: En definitiva, el dolor oncológico es preciso combatirlo utilizando rigurosamente la escalera analgésica de la OMS y cuándo este tratamiento no es efectivo del todo, se puede utilizar combinado con el tratamiento no farmacológico. Así se hará una correcta manipulación del dolor y la persona tendrá una buena calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: DOLOR ONCOLÓGICO, CUIDADOS, TRATAMIENTO, EFECTIVIDAD.

ACUPUNTURA EN PACIENTE CON CARCINOMA EPIDERMOIDE

LOURDES HERMOSO DE CASTRO, ROCÍO ÁLVAREZ EXPÓSITO, DANIEL GUTIÉRREZ AMADOR

INTRODUCCIÓN: La acupuntura se ha utilizado en la medicina china desde hace miles de años, actualmente la Organización mundial de la salud la ha reconocido como una práctica para controlar el dolor crónico y las distintas patologías en estados diferentes. A nivel mundial, la acupuntura está siendo utilizada cada vez más por los médicos, servicios y/o hospitales para la prevención, tratamiento y en el manejo de los efectos secundarios de los procesos oncológicos.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la acupuntura en el paciente con cáncer sobre los efectos secundarios y el dolor.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, con las cadenas de búsquedas acupuntura y acupuntura cáncer en diferentes bases de datos: Cochrane Plus, Cuiden Plus, Pubmed.

RESULTADOS: Hemos seleccionado un total de 23 estudios que relacionan la acupuntura con el alivio o control de los diversos efectos adversos provocados por el tratamiento del cáncer. En líneas generales, en todos los estudios existe una mejoría de los síntomas tras la aplicación de la acupuntura, incluso en varios de ellos se destaca que, además del síntoma que estaba siendo observado para su mejoría, los pacientes reportan no solo mejoría para dicho síntoma, sino que también, algunos otros provocados por la quimiorradioterapia.

CONCLUSIÓN: A pesar de la falta de evidencia científica, no hay motivos para desaconsejar el uso de esta terapia complementaria a un paciente con cáncer, puesto que como hemos dicho anteriormente, los efectos adversos de esta terapia son nulos, mientras que los efectos beneficiosos son probables. Por lo tanto, la acupuntura será finalmente integrada en el plan de cuidados del paciente, como terapia complementaria a la atención estándar que normalmente recibe un paciente en esta situación.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA, ACUPUNTURA, EFECTOS SECUNDARIOS, BENEFICIOS.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

OLGA MIZYUK GOROKHOVA, ISABEL GARCIA SERRANO, ANTONIO DE PADUA PAREDES
JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: En la actualidad el cáncer infantil es una de las primeras causas de mortalidad en niños en los países desarrollados. La incidencia total en España oscila entre 135 y 145 casos por millón de niños menores de 15 años. La distribución de los distintos tipos de tumores no es homogénea, varía según la edad y la etnia.

OBJETIVOS: Determinar el papel del personal de enfermería en el manejo de la enfermedad oncológica pediátrica.

METODOLOGÍA: Se realiza la búsqueda bibliográfica en las bases de datos internacionales y nacionales: PubMed, Cinahl, Scopus, Cuiden, Ibecs, Cochrane, Medes y Dialnet, centrándonos en estudios realizados en los últimos 5 años. Para seleccionar los artículos se realizaron dos cribados, el primero se realizó al leer el título y resumen de cada uno y el segundo al leer el texto completo. De los 23 artículos seleccionados, 9 tratan sobre los aspectos psicosociales y éticos del cáncer infantil; 14 artículos pretenden recoger la información sobre las funciones de los enfermeros en la atención a los niños con cáncer.

RESULTADOS: La mayoría de los autores destacan la necesidad de compromisos profesionales con la salud integral del niño con enfoque en el cuidado, para comprender las necesidades y derechos del niño y sus familias. Existe un consenso sobre la necesidad de trabajar con los pacientes y las familias en oncología pediátrica mediante un equipo interdisciplinar, donde el niño y su familia sean parte del equipo. Además, se destaca la amplia función del equipo de enfermería y la necesidad de una formación específica en este ámbito.

CONCLUSIÓN: De esta forma, se contribuirá a mejorar los cuidados y la calidad de vida. No obstante, en nuestro país se debe fomentar el desarrollo de investigaciones que aumenten el volumen de conocimientos enfermeros en la oncología pediátrica.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, ONCOLOGÍA, PEDIATRÍA, ENFERMERÍA, CUIDADOS.

PACIENTE QUE PRESENTA ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

VERÓNICA VILA ZARAGOZA, MARÍA INMACULADA BARRIONUEVO GARCIA, MARÍA DEL ROSARIO JARA FERNÁNDEZ, MONICA RUIZ HERNANDEZ, REBECA VELASCO OSETE, SANDRA MANZANO PUJANTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 34 años que acude a urgencias por dolor en epigastrio de varios meses de evolución, náuseas, parestesias en párpado superior izquierdo acompañado de visión borrosa de mismo ojo. En tratamiento con esomeprazol, sulfato ferroso y vitamina B12 por anemia macrocítica pendiente de filiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Regular estado general, tinte subictérico de piel, con constantes estables y sin fiebre. Abdomen distendido, hepatomegalia y dolor a la palpación profunda difusa y onda ascítica positiva. Pruebas complementarias: Hemograma con hemoglobina 10.1 G/dl. Ecografía abdominal: Hígado aumentado con múltiples lesiones focales compatibles con metástasis hepáticas. Ante la sospecha inicial se completa estudio con PET-TC con incremento metabólico de características malignas, lesiones nodulares y adenopatías en distintas localizaciones y RM craneal que muestra lesión retrocular sugestiva de metástasis.

JUICIO CLÍNICO: Una vez realizada la anamnesis y revisadas las pruebas complementarias, se diagnostica de Adenocarcinoma gástrico estadio IV con afectación pulmonar, hepática, ósea y en SNC. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En este caso, con los resultados de las pruebas, no se considera necesario realizar un diagnóstico diferencial.

CONCLUSIONES: El tratamiento para el cáncer se debe adaptar a las características particulares de cada paciente; así como, a las necesidades de este. Es importante un diagnóstico precoz para iniciar lo antes posible un tratamiento y mejorar el pronóstico de la enfermedad. Además de la necesidad de un abordaje multidisciplinar, el trabajo de enfermería es crucial, no solo en la realización de pruebas complementarias y en la administración de tratamientos; también en el control de síntomas y mejoría de la calidad de vida, así como proporcionando ayuda al paciente y a su familia, para disminuir la ansiedad, estrés y temor ante una enfermedad tan estigmatizada.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, CÁNCER GÁSTRICO, ANSIEDAD, TEMOR.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA Y SU HOSPITALIZACIÓN

SILVIA MARTINEZ SÁNCHEZ, GIOVANNA GABRIELA REITTER MESTANZA, ESTEFANIA MARTÍN ÁVILA

INTRODUCCIÓN: Este tipo de cáncer es el más frecuente en niños. En la mayoría de los casos puede curarse. Además los niños que padecen de esta enfermedad se ven obligados a permanecer largas estancias en el hospital, debido al tratamiento que conllevan este tipo de patologías.

OBJETIVOS: Determinar las pautas de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la estancia hospitalaria de los pacientes pediátricos con leucemia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe informar e insistir en la necesidad de una higiene corporal muy cuidadosa, principalmente de la boca, (ducha diaria, lavado de orificios, cepillado de dientes, uñas cortas y limpias) para prevenir las posibles infecciones en caso de mucositis. La atención a la familia dando apoyo y sintiendo empatía. Además de adecuar, en la medida de lo posible, la alimentación a los gustos del niño, ofreciendo pequeñas cantidades cada vez favoreciendo la ingesta de alimentos hipercalóricos e hiperprotéicos. Evitar comidas fuertes, olorosas (fritos, condimentos) y muy calientes. Intentar no darle sus platos preferidos después de la administración de quimioterapia para evitar que los rechace por alteraciones del gusto o el olfato. Informar al niño y a los padres antes de la realización de técnicas dolorosas de acuerdo a su edad y situación, con la intención de poder tranquilizarlos. Debido a las largas estancias hospitalarias, el papel fundamental es buscar una buena adaptación y rápida en el hospital tanto para el paciente como para sus padres.

CONCLUSIÓN: El principal papel es dar apoyo tanto al niño como a sus familiares intentando una relación cercana ya que pueden esas estancias del niño, derivar en ansiedad por parte de los padres ante las dudas de lo que acontecerá.

PALABRAS CLAVE: NIÑOS, LEUCEMIA, HOSPITALIZACIÓN, TCAE.

ACTUACIÓN ANTE PACIENTE CON LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES

MARIA BELEN GARCIA BARBA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 32 años, separada y madre de 2 hijos de 5 y 7 años, que vive con sus padres, acude a urgencias hospitalarias acompañada de su madre, por presentar cuadro de disnea de 5 días de evolución, que no mejora a pesar del tratamiento realizado (Montelukast, Amoxicilina y Fluidasa). Presenta sibilancias y refiere una tos seca con fiebre de hasta 39,8°C. No se le conocen alergias a medicamentos. Intervenida en la infancia de amigdalitis y apendicitis. No tiene hábitos tóxicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física presenta buen estado general, y está orientada consciente y también normohidratada. No tiene signos de cianosis. La auscultación cardíaca es rítmica sin soplos y en la pulmonar hay murmullo vesicular en ambos hemitórax. Como pruebas complementarias se realiza analítica, en la que el hemograma es normal y en la bioquímica: PCR: 2,6 mg/dl. En la radiografía de tórax hay imagen de aspecto nodular en hemitórax derecho. TAC de tórax: múltiples adenopatías mediastínicas.

JUICIO CLÍNICO: Linfoma de células grandes. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tumores del mediastino y otros tipos de leucemias.

PLAN DE CUIDADOS: Se procede al ingreso de la paciente en la planta de medicina interna para iniciar el tratamiento de quimioterapia. Actualmente presenta estabilidad de la enfermedad.

CONCLUSIONES: Es muy importante interpretar de forma correcta las radiografías.

PALABRAS CLAVE: ASMA, LINFOMA, DISNEA, QUIMIOTERAPIA.

ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD DEL PERTUZUMAB EN EL CÁNCER DE MAMA

MANUEL DAVID GIL SIERRA, FRANCISCO JOSE GALVAN GUZMAN, SARA BLANCO RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: Pertuzumab es un anticuerpo monoclonal que puede emplearse en dos indicaciones en cáncer de mama HER2+. Para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama HER2+ localmente recidivante irreseccable o metastásico (y que no han recibido tratamiento previo anti-HER2 o quimioterapia para la enfermedad metastásica), se utiliza en combinación con trastuzumab y docetaxel. Para el tratamiento neoadyuvante de pacientes con cáncer de mama HER2+, localmente avanzado, inflamatorio, o en estadio temprano con alto riesgo de recaída; pertuzumab se asocia a trastuzumab y quimioterapia.

OBJETIVOS: Determinar el perfil de seguridad de pertuzumab en cáncer de mama HER2+ en un hospital de segundo nivel.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de aquellos pacientes que fueron diagnosticados de cáncer de mama HER2+ y que recibieron tratamiento con pertuzumab durante casi tres años (01/01/2015 a 01/12/2017). Los datos de diagnóstico (entorno metastásico o neoadyuvante) se obtuvieron de la Historia Clínica Única Digital de Andalucía (DIRAYA®) y el programa de gestión de citostáticos (Farmis®). Se recogieron las reacciones adversas y las suspensiones de tratamiento asociadas para evaluar la seguridad del fármaco.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 mujeres en el estudio. Se registraron 10 (66'7%) pacientes con cáncer de mama metastásico y se diagnosticaron 5 (33'3%) pacientes con cáncer de mama que recibieron pertuzumab en neoadyuvancia. Todos los pacientes sufrieron al menos uno de los 128 episodios de reacciones adversas observadas: astenia (10'3%), fiebre (9'3%), dolor (8'6%), diarrea (8'4%), mialgia (6'1%), escalofríos (4'3%), disnea (4'3%), tos (4'3%), disminución del apetito (3'4%), dispepsia (3'4%), exantema (3'4%), alopecia (3'4%), mucositis (3'4%) y otros (27'4%). Una reacción infusional fue la causa de una suspensión del tratamiento.

CONCLUSIÓN: A pesar del gran número de reacciones adversas, solo una produjo una suspensión de tratamiento. Por lo tanto, podemos decir que pertuzumab presenta un perfil de toxicidad importante, pero manejable por el personal sanitario.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, TOLERANCIA, PERTUZUMAB, NEOADYUVANCIA, CÁNCER DE MAMA.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER

INES ILLÁN MORENO, ESTHER MARÍA CORTÉS LORENTE, MARIA CARMEN PIÑERA MORALES, YOLANDA SALUD MARTINEZ RUBIO, MARÍA DOLORES ALARCÓN RABADÁN, CARMEN HELLÍN CAMACHO, ESTELA BELMONTE ALHAMA, MARIA DOLORES BLAYA CRUZ, VANESSA FERNANDEZ SANCHEZ, JOSÉ MOLINA CANO, JOSE MANUEL SAORIN VERDEJO, JAVIER MORALES ELICHE, MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, el cáncer infantil se considera mayoritariamente una enfermedad crónica. Los avances en los tratamientos médicos han incrementado el número de niños con cáncer que sobreviven a su enfermedad. Por ello, actualmente no solo se considera necesario curar la enfermedad, sino también disminuir los efectos secundarios que el cáncer infantil puede originar, como son los efectos psicológicos.

OBJETIVOS: Conocer las alteraciones psicológicas más importantes en niños con cáncer. Analizar nuestros conocimientos sobre las alteraciones psicológicas en niños con cáncer.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistemática en bases de datos tales como; Fuden, Scielo, PudMed, Cuiden, Cinahl. En el periodo del 2014 al 2017. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave arriba nombradas.

RESULTADOS: Los estudios han mostrado la presencia de conductas ansiosas y/o depresivas, ya que el diagnóstico de cáncer puede ocasionar grados elevados de estrés. Las investigaciones ofrecen gran evidencia según la cual los niños que sufren enfermedades oncológicas incrementan el riesgo de presentar desajustes psicológicos y psicosociales.

CONCLUSIÓN: La edad de aparición de la enfermedad es uno de los factores más relevantes para presentar secuelas psicológicas. A menor edad, mayor capacidad de adaptación a los cambios, pero, si se manifiesta durante la adolescencia, las secuelas serán mayores ya que estos se encuentra en una lucha por su autonomía e independencia, que se verán dañados por la aparición del cáncer. Un diagnóstico rápido y oportuno así como el tratamiento de la depresión en niños con cáncer es importante ya que la depresión cuando se presenta se agudiza debido a la incapacidad que provoca la enfermedad médica.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDADES INFANTILES, CÁNCER, NIÑOS, EFECTOS PSICOLÓGICOS, ALTERACIONES EMOCIONALES.

ABORDAJE DE LA RELACIÓN TURNOS DE NOCHE CON EL CÁNCER DE MAMA

M. CUSTODIA CORTÉS FERNÁNDEZ, RAQUEL CORTÉS FERNÁNDEZ, MANUELA LIÑAN GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La luz artificial en la noche con la falta de melatonina altera el mecanismo de ritmo circadiano. Altera la expresión de los genes que regulan el ciclo celular, esto da lugar a un crecimiento celular anormal y el desarrollo de cáncer.

OBJETIVOS: Conocer si existe relación entre trabajar a turnos y la incidencia de cáncer de mama.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Scielo y Elsevier.

RESULTADOS: Según el estudio de Torbjorn Akerstedt del Instituto Karolinska el grupo de alto riesgo de mujeres hasta los 60 años que ha trabajado en turnos de noche durante 20 años o más. El estudio comparó trabajadoras del turno de noche con las demás que desarrollaron cáncer de mama y no se vieron diferencias claras. Pero cuando se aislaron las que habían trabajado por décadas se observa el aumento del riesgo. La falta de sueño aumenta el riesgo de padecer cáncer, se alteran los biorritmos y no se le permite al organismo que trabaje de forma natural y fisiológica al eliminar las horas de descanso nocturno.

CONCLUSIÓN: El trabajo a turno por varias décadas aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama, aunque se desconoce el mecanismo causal, se han de realizar más estudios de alta calidad metodológica.

PALABRAS CLAVE: TRABAJO POR TURNOS, CÁNCER DE MAMA, MELATONINA, RITMO CIRCADIANO.

DOSIS RADIOTERÁPICA EN EL TRATAMIENTO DEL GRANULOMA DE LA LÍNEA MEDIA

LUISA TEJERO MARIN, LUCIA BERMEJO VILLA

INTRODUCCIÓN: El granuloma de la línea media es una enfermedad destructiva que afecta a la nariz, senos paranasales y el paladar, que erosiona las estructuras cercanas como la órbita o los huesos de la cara. Destruye todo tipo de tejido conjuntivo, produciendo inflamación y posterior necrosis. Su causa es desconocida, aunque hay tumores de las vías altas respiratorias, de naturaleza linfática, que pueden producir episodios inflamatorios y granulomas, dando lugar a la necrosis y destrucción tisular, con infiltración de células inmunológicas como los neutrófilos, las células plasmáticas o los eosinófilos.

OBJETIVOS: Describir la dosis a elegir para la remisión de la lesión granulomatosa.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica y de artículos científicos en diversas bases de datos usando los descriptores siguientes; granuloma, síndrome de la línea media, tratamiento radioterápico local, tumores de las vías altas.

RESULTADOS: La resección quirúrgica del granuloma solo consigue que la enfermedad se acelere, por ello se elige el tratamiento radioterápico a nivel local, las dosis elegidas se encuentran entre los 10Gy (pese a que produce remisiones, las recidivas son frecuentes) y los 50Gy, evita las recaídas. En el caso de que se encuentren en la biopsia células linfoides indiferenciadas estaremos ante un granuloma de naturaleza maligno, con muy mal pronóstico pese a que se administre a los pacientes el tratamiento radioterápico, con un alto número de recidivas.

CONCLUSIÓN: Esta enfermedad pese a su naturaleza generalmente benigna, sino se trata es mortal, la supervivencia a 10 años tras el uso de la radioterapia es del 70%, aunque también hay que señalar que las altas dosis de radioterapia en los tejidos de la línea media producen complicaciones y efectos secundarios graves.

PALABRAS CLAVE: GRANULOMA, SÍNDROME DE LA LÍNEA MEDIA, TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO LOCAL, TUMORES DE VÍAS ALTAS.

LA HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA COMO ALTERNATIVA A LA VÍA VENOSA

MONICA LARA MONTERO, ALBA VIDAL GÓMEZ, ROCIO GUERRERO MERCEDES

INTRODUCCIÓN: Para la hidratación de pacientes oncológicos, terminales o con demencia en los que su estado de salud impide la vía oral, se suele usar como alternativa la vía venosa. Existe otra vía menos usada en estos casos, pero más cómoda, fácil y aparentemente igual de eficaz, esta es la vía subcutánea.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aporta la hidratación por vía subcutánea frente a la vía intravenosa.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos hallados en las bases de datos dialnet, scielo y pubmed. Los descriptores usados han sido: hidratación subcutánea, vía subcutánea, hipodermocclisis y cuidados paliativos.

RESULTADOS: Ante un estado de deshidratación se estima oportuno hidratar artificialmente cuando se determina la causa para que se pueda revertir. La vía subcutánea se puede administrar en el domicilio, aumentando así la autonomía y la calidad de vida del paciente. Es una vía de fácil acceso, que ha demostrado la misma eficacia que la vía intravenosa a un menor coste, ofreciendo algunas ventajas sobre esta como el menor riesgo de complicaciones tromboticas.

CONCLUSIÓN: Se han encontrado escasos artículos que traten sobre este tema, pero todos los estudiados ponen de manifiesto que la vía subcutánea es una alternativa eficaz para la hidratación artificial en pacientes en los que la vía oral no es posible. A pesar de ello, hoy en día es menos utilizada que la vía venosa. Esto puede ser debido al desconocimiento sobre su utilización y a la desinformación de sus beneficios.

PALABRAS CLAVE: HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA, VÍA SUBCUTÁNEA, HIPODERMOCLISIS, CUIDADOS PALIATIVOS.

CARCICOMA EPIDERMOIDE EN EPIDERMOLISIS CON AMPOLLAS

MARIA LUISA RODRIGUEZ MORALES, IRENE MORENO ENTRENA, ANA BELÉN NARANJO GONZÁLEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 50 a. Sufre quemadura por álcalis en ambos ojos hace 5 a. Con perdida severa de la visión. Esto le provoca problemas: Rechazo boton corneal. Deficiencia total de células de limbo ambos ojos. Defecto epitelial central en ambos. Inflamacion conjuntival moderada de ambos ojos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Basándose en el hecho de que el segmento posterior se observa normal en la ecografía de OI , se le practican las primeras cirugías con fines reconstructivas más no ópticos de superficie ocular con fuentes de células de limbo así como liberación de adherencias y aplicación de Mitomicina C.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: En forma preliminar se ha encontrado mejoría de su sintomatología, agudeza visual y la evolución satisfactoria del injerto. Se observa con mejor pronostico la disminución de las posibilidades de rechazo.

PLAN DE CUIDADOS: Se administra esquema de medicamentos inmunosupresores orales conjuntamente con el servicio de Unidad de trasplante permaneciendo bajo regimen de Ciclosporina-A Micofelanato de Mofetilo alterando con Sirolimus por un periodo de tiempo; previo estudios riguroso de riesgo al uso de estos medicamentos se inicia tratamiento con tacrolimus-FK506.

CONCLUSIONES: Se propone el uso de profilactico de inmunomoduladores sistémicos para los casos de alto riesgo de reacción inmune. Aun no existe un consenso del tipo, numero y combinación de medicamentos que debe formar el esquema inmunosupresor óptico para la prevención del rechazo y que presente las menos complicaciones y reacciones adversas. **JUICIO CLÍNICO:** En el segundo tiempo quirúrgico se hace trasplante de células de limbo proveniente de cadáver o injerto queratolimbal con membrana amniótica criopreservada y rrasorrafia usando adhesivo tisular en el injerto y sutura en la membrana amniótica. En su tercera intervención se le realiza trasplante de cornea.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, PIEL, EPIDEMIOLOGICO, FRÁGIL.

ANÁLISIS SOBRE LAS VITAMINAS Y EL CÁNCER

EVA MARÍA BELMONTE FERNÁNDEZ, CRISTÓBAL PORRAS DÍAZ, MONTSERRAT AMATE FABA

INTRODUCCIÓN: Sabemos que los alimentos influyen en el aumento o disminución de casos de cáncer. En poblaciones con un alto consumo de frutas y hortalizas, el riesgo de este tipo de enfermedad es menor.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios de las vitaminas en la dieta en cuanto a la prevención del cáncer.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica con bases de datos científicas: Dialnet, PsychINFO y buscadores como Google académico. Criterios de inclusión: Artículos en el periodo de 2000-2017 en España. Priorizando los más actuales. Los descriptores utilizados: vitaminas, cáncer, dieta, alimentación.

RESULTADOS: La vitamina A tiene efectos preventivos sobre la aparición de distintos tipos de cáncer. Protegen la piel y mucosas, es por ellos que previenen el cáncer de boca, estómago, colon y cuello uterino. La vitamina C aumenta la integridad de las matrices intracelulares e intercelulares y además tiene efectos positivos sobre el sistema inmunitario. La vitamina E se encuentra principalmente en los cereales, las semillas, y frutos secos. Presenta capacidad para conservar a los carotenoides y al selenio en su estado reducido, incrementando así sus propiedades antioxidantes. Esta vitamina junto al selenio se ha asociado con la prevención del cáncer de mama. La vitamina D se encuentra principalmente en los productos lácteos y pescados. Esta vitamina puede reducir el riesgo de cáncer de colon, de mama y de ovario, entre otros, hasta en un 50 %. Una función menos conocida de esta vitamina es la regulación del crecimiento celular y la diferenciación celular, que podrían conducir a la carcinogénesis si existe deficiencia de vitamina D.

CONCLUSIÓN: Los carotenos se encuentran en las frutas y verduras son antioxidantes, es decir, ayudan a eliminar los radicales libres, que son importantes en el origen del cáncer. Los suplementos orales no han demostrado una mayor supervivencia en enfermos de cáncer ni ser útiles en la prevención de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: VITAMINAS, CÁNCER, DIETA, ALIMENTACIÓN.

DEFUNCIONES POR SÍNDROME MIELODISPLÁSICO EN ESPAÑA DURANTE EL PERÍODO 2013-2016

DESIREE BARBERO MARTINEZ, VANESA SIERRA ARIAS, ANTONIO ANDRES CASTILLO

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Mielodisplásico (SMD) es un grupo de patologías en las cuales la médula ósea pierde la capacidad de generar células de la sangre totalmente maduras.

OBJETIVOS: Determinar el número de defunciones producidas por SMD en España durante el periodo 2013-2016 diferenciando a los fallecidos entre los 65-69 años, los de 70-74 años, los de 75-79 años y a los de 80-84 años.

METODOLOGÍA: La información para realizar este trabajo ha sido obtenida del Instituto Nacional de Estadística (INE) de España y en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Durante el año 2013 en España entre los 65-69 fallecieron 47 personas a consecuencia de esta enfermedad, entre los 70-74 años 63 personas, entre los 75-79 años 152 y entre los 80-84 años 241 personas; durante el 2014 en España entre los 65-69 fallecieron 39 personas, entre los 70-74 años 64 personas, entre los 75-79 años 141 y entre los 80-84 años 235 personas. Durante el 2015 en España entre los 65-69 fallecieron 33 personas, entre los 70-74 años 80 personas, entre los 75-79 años 126 y entre los 80-84 años 256 personas. Y por último, en el 2016 en España entre los 65-69 fallecieron 35 personas a consecuencia de esta enfermedad, entre los 70-74 años 69 personas, entre los 75-79 años 145 y entre los 80-84 años 266 personas.

CONCLUSIÓN: En los cuatro años estudiados se repite el mayor número de defunciones provocados por esta enfermedad en el grupo de edad que abarca entre los 80-84 años. Los fallecimientos por SMD aumentan en España durante estos años según va avanzando la edad. Un total de 1992 personas han fallecido en el periodo 2013-2016 entre los 65 y los 84 años a causa del Síndrome Mielodisplásico.

PALABRAS CLAVE: CÉLULAS SANGUÍNEAS, MÉDULA ÓSEA, PATOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL INGRESO DEL PACIENTE

JULIO SANTIAGO ARIAS, JULIA MOLERO MESA, CARMEN SANTIAGO ARIAS

INTRODUCCIÓN: Es la atención que se da al paciente que ingresa cuando por problemas de salud así lo requiere, permitiendo conseguir al paciente y familiares un trato personalizado y humano. Ofreciendo seguridad física y emocional al paciente que ingresa con el fin de asegurar su bien estar dentro de la institución.

OBJETIVOS: Determinar la adaptación del paciente y la familia al medio hospitalario en el menor tiempo posible con un trato personalizado y humano.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado: paciente, ingreso, planta y valoración.

RESULTADOS: Presentarse al paciente y a la familia. Entregar el boletín informativo de la unidad. Mostrar el medio físico al paciente y enseñarle su correcta utilización. Informar sobre la accesibilidad y sobre el peligro de riesgo de caídas. Proporcionar utensilios de aseo personal y pijama o camión. Confeccionar la historia del paciente. Registrar en la hoja de evaluación la cumplimentación de este protocolo. El personal de la unidad receptora asume los cuidados del paciente que necesite durante su estancia que quedaran registrados en su hoja de valoración.

CONCLUSIÓN: Se le brinda al paciente la seguridad física y emocional que sea necesaria durante la estancia en este centro con un trato personalizado y humano.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, INGRESO, PLANTA, VALORACIÓN.

BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN PALIATIVA PRECOZ EN PACIENTES CON CÁNCER

MIRIAM VICTORIA MARÍN LOPEZ, ANA MARIA LOPEZ DELGADO, VIRGINIA CÁNOVAS GIRONA, LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, CRISTINA TENA ROIG, ANGELA AMOROS MOLINA, VICTOR FERNANDEZ BIGORDA, ANDREA REGO PAZOS, MARTA PRATS GUARDIOLA, ESTER MARTIN BARREALES, LAURA PINILLA DE PABLOS, MONTSERRAT SÁNCHEZ JUÁREZ

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos, con su enfoque en el manejo de los síntomas, el apoyo psicosocial y la asistencia en la toma de decisiones, tienen el potencial de mejorar la calidad de la atención y reducir el uso de los servicios médicos. Sin embargo, los cuidados paliativos se han proporcionado tradicionalmente tarde tanto en ámbito hospitalario como ambulatorio.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios e inconvenientes de la intervención paliativa precoz en pacientes con cáncer.

METODOLOGÍA: Se realizó la búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, los descriptores y fórmulas de búsqueda fueron “early palliative care” and “cancer”.

RESULTADOS: Se obtuvieron 2825 resultados y se seleccionaron 3 artículos. La intervención paliativa precoz mejora la calidad de vida, aumenta la supervivencia, favorece la aplicación de cuidados menos agresivos, reduce costes sanitarios y niveles de depresión, estrés y carga en los cuidadores. Como inconvenientes, el término “cuidados paliativos” puede ser un obstáculo en la derivación del profesional por la carga negativa del término.

CONCLUSIÓN: Es necesaria la formación de los profesionales en cuidados paliativos desde la universidad y la realización de estudios que se lleven a cabo en España, dado que la mayoría son desarrollados en América, lo que dificulta la extrapolación de los resultados a nuestra población. Se hace necesaria la intervención y comunicación interdisciplinar con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y de las familias que acompañan en este proceso.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN PALIATIVA PRECOZ, CÁNCER, CALIDAD DE VIDA, SUPERVIVENCIA, COSTES.

ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

RAQUEL TORRES FLORES, LIDIA RODRIGUEZ FLORES, MONTSERRAT SANCHEZ AGUILERA

INTRODUCCIÓN: El cáncer es la principal causa de muerte y es un problema de salud pública muy importante. El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer en las mujeres y la segunda causa de muerte en este grupo de población en todo el mundo. El personal de enfermería tiene un rol central en el equipo multidisciplinario involucrado en el cuidado de pacientes con cáncer de mama, así como de las mujeres que presentan mayor riesgo de contraer la enfermedad. Por lo tanto, es esencial invertir en la educación y formación del personal de enfermería.

OBJETIVOS: Determinar los conocimientos del personal de enfermería involucrado en el cuidado de los pacientes de oncología en relación con el cáncer de mama.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre atención enfermera a pacientes con cáncer de mama. Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet, Scielo, Biomedicina, Medline, PubMed). En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo 2010-2017. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional). Los criterios establecidos fueron: Estudios que analicen los aspectos clínicos, que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión, con acceso al texto completo y escritos en inglés o español. De un total de 45 publicaciones, fueron seleccionadas 10.

RESULTADOS: El cáncer de mama es una de las patologías que más impacto físico y mental tiene en aquellas personas que lo sufren, por eso es importante la formación de profesionales sanitarios, sobre todo a la hora de realizar recomendaciones y educación sanitaria con estos pacientes, respondiendo a sus dudas y miedos.

CONCLUSIÓN: Destacar la numerosa producción científica sobre este tema, debida a su alta incidencia en la población.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, CONOCIMIENTOS, CÁNCER DE MAMA, ENFERMERÍA.

DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

CRISTINA GUILLÉN BARCOS, MARIA ROSA LÓPEZ DOMINGUEZ, CATALINA ROMERA DÍAZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón es un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar, y uno de los tipos de cáncer más comunes en el mundo. Fumar causa la mayoría de los cánceres de pulmón. La exposición a altos niveles de contaminación, radiación y asbesto también puede aumentar el riesgo.

OBJETIVOS: Analizar la importancia que tiene para nuestra salud los hábitos tóxicos.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda en páginas web y artículos mediante los descriptores: cáncer, pulmón, esputo, etc.

RESULTADOS: El diagnóstico temprano del cáncer de pulmón es el principal condicionante para el éxito en su tratamiento. Pruebas para diagnosticar el cáncer de pulmón: Estudio citológico del esputo (llamado también cultivo de esputo): mide la presencia de células anómalas en el esputo (la mucosidad y otra materia que se arroja al expectorar de los pulmones al toser). Toracocentesis: Si se acumuló líquido alrededor de los pulmones los médicos pueden usar la toracocentesis para aliviar síntomas y determinar si es causado por la propagación del cáncer al revestimiento de los pulmones. Biopsia con aguja: A menudo los médicos pueden usar una aguja hueca para obtener una muestra pequeña de un área que luce sospechosa (masa). Broncoscopia: La broncoscopia puede ayudar al médico a encontrar algunos tumores u obstrucciones en las vías respiratorias más grandes de los pulmones.

CONCLUSIÓN: Podemos prevenir el cáncer de pulmón evitando hábitos tóxicos como el tabaquismo, no exponernos a altos niveles de contaminación o radiación y llevando una dieta variada saludable.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, PULMÓN, ESPUTO, VÍAS RESPIRATORIAS.

IMPORTANCIA DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

ROCIO COBOS BACA, IRENE CAMPOS DOMINGUEZ, ELENA MUÑOZ ISTURIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años de edad con los siguientes antecedentes: alérgica paracetamol, diabetes mellitus tipo 2 controlado con Antidiabeticos orales, hipertensión arterial, IAM, obesidad. Durante aseo diario palpa bulto en mama izquierda acompañado de enrojecimiento e induración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración presenta “bulto” delimitado, no fluctuante, sensación de contenido sólido e indurado, acompañado de enrojecimiento de la zona. Presenta diferencia de tamaño entre una mamá y otra. Paciente no presenta exudado y es indoloro. Desde el servicio de ginecología se solicita Tac con contraste por sospecha de tumoración.

JUICIO CLÍNICO: En el resultado de tac observamos nódulo de 4 cms con axila negativa y Her dudoso. Se confirma presencia de tumoración. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras resultados de las pruebas complementarias nos encontramos con Tumor de mama descartando así fibromatosis o tumor benigno.

PLAN DE CUIDADOS: Se decide, tras estudio del caso, optar por tratamiento oral y descartar quirúrgico. Continuar con los controles habituales, propios de dicho diagnóstico.

CONCLUSIONES: El diagnóstico precoz es importante ya que puede prevenir la aparición de tumores avanzados y la posibilidad de curación del mismo. La autoexploración física es un método complementario para la detección precoz, pero no permite diagnosticar tumores pequeños que sí serían detectados mediante una mamografía o ecografía.

PALABRAS CLAVE: AUTOEXPLORACIÓN, MAMA, TUMOR, DETECCIÓN PRECOZ, NÓDULO.

DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

CATALINA ROMERA DÍAZ, CRISTINA GUILLÉN BARCOS, MARIA ROSA LÓPEZ DOMINGUEZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es desarrollado en el órgano reproductor masculino, específicamente en la próstata. Esta enfermedad se causa en el momento en el que algunas células de la próstata mutan y se multiplican rápidamente. También se pueden propagar a otras partes del cuerpo, provocando metástasis.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca del cáncer de próstata y las causas que lo provocan.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Las principales causas del cáncer de próstata son: Por factores genéticos: un gen específico del cromosoma 1 o gen HPC-1 aumenta la posibilidad de tener cáncer de próstata. Por factores hormonales: Las hormonas andrógenas de la mayoría de los cáncer de próstata. Por factores ambientales: Debido a la ingesta abundante de grasas animales. Por exhalar humo del tubo de escape de los automóviles. Debido a la contaminación del aire, los fertilizantes y sustancias químicas en las industrias de la imprenta y pintura. Por agentes infecciosos: éstos se pueden transmitir por vía sexual y pueden provocar cáncer.

CONCLUSIÓN: Detectando la enfermedad tempranamente y con un buen diagnóstico, habrá una tasa de supervivencia alta en la mayoría de los casos. Puede ser detectado precozmente con la prueba del antígeno prostático específico (PSA) en sangre. También puede detectarse precozmente cuando se realiza un tacto rectal.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, PRÓSTATA, CÉLULAS, DETECCIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA PIEL: PACIENTES CON QUIMIOTERAPIA

ANA ISABEL SORIANO LOPEZ, MARIA DEL CARMEN RUIZ MUÑOZ, ANTONIO JESUS VERGARA GRANERO

INTRODUCCIÓN: Como consecuencia del tratamiento de la quimioterapia, a través de sueroterapia y citostáticos, la piel queda muy seca, estresada y sensible, por lo que el paciente necesita unos cuidados especiales que, en muchos casos, incluso alivian el picor y el dolor.

OBJETIVOS: Analizar la actuación del TCAE, en el cuidado de la piel del paciente que recibe quimioterapia, información que el equipo de enfermería debe dar al paciente sobre los cuidados de la piel, tras recibir su tratamiento.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la bibliografía de artículos científicos publicados en revistas biomédicas y Biblioteca Virtual en Salud como: Pubmed, Scielo, Medline, Embase, Journals@OVID.

RESULTADOS: Se debe tener en cuenta la importancia de la limpieza de la piel, evitando los jabones que puedan secar demasiado la piel. Las mejores fórmulas son las mezclas de aceites o leches limpiadoras, reparan y nutren la piel y la limpian. Aportar un grado extra de hidratación a la piel con texturas muy nutritivas. Durante el tratamiento, prestar especial atención al contorno de ojos, se convierte en una zona delicada, en este caso evitar los aceites esenciales, ya que por el compuesto, pueden provocar alergias. Se debe evitar: Parabenos, agentes espumosos y reguladores de pH, alcohol, siliconas, antioxidantes BHA y BHT, tensioactivos/agentes espumosos con sulfatos, entre otros. Varias veces al día, si es posible aplicación de cremas o geles que contengan: Aloe vera, Hipérico, Albahaca, Manzanilla, Imperatoria, Romero, Regaliz.

CONCLUSIÓN: La noche anterior al tratamiento es importante aplicar una buena crema regeneradora para ir a la cama, sintiendo la piel confortable y levantarse con la piel descansada y nutrida. En algunos tipos de cáncer, se puede aplicar un gorro que enfría el cuero cabelludo para evitar la pérdida del cabello. Hay que tener el consentimiento del personal médico, ya que el paciente tiene que cumplir una serie de requisitos.

PALABRAS CLAVE: QUIMIOTERAPIA, PIEL, CITOSTÁTICOS, CÁNCER.

CUIDADOS Y USO DEL RESERVORIO SUBCUTANEO

JAVIER IBAÑEZ BAUTISTA, PABLO MORA GONZÁLEZ, MARÍA CRISTINA IGLESIAS IBÁÑEZ

INTRODUCCIÓN: El reservorio es un catéter central interno que facilita la extracción de muestras así como la administración de aportes o medicamentos al paciente, además de reducir molestias al mismo.

OBJETIVOS: Identificar uso y cuidados del reservorio.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos en diferentes buscadores: PUBMED, MEDLINE Y CUIDEN. Criterios de inclusión: Idioma: castellano e inglés. Búsqueda en Octubre de 2017. Años en los que se realiza la búsqueda (2009-2017). Descriptores utilizados: Reservorio subcutáneo, enfermería y cuidados.

RESULTADOS: Cuidados de enfermería: Mantener las máximas condiciones de asepsia. Mantener la pinza siempre cerrada cuando no se esté infundiendo. Se debe procurar hacer siempre las manipulaciones/desconexiones por debajo de la altura del corazón. Evitar la excesiva presión sobre el catéter tanto al administrar medicación como al extraer sangre. Cambiar sistemas de fluidoterapia, llaves 3 vías, bioconectores cada 72h. En el caso de catéteres que no se vayan a utilizar en tiempo prolongado se realizará un sellado una vez al mes. Cambio de Apósito y Cura: Apósito transparente cada 48h. O Siempre que esté sucio o despegado. Aplicar Betadine en el punto de inserción. Colocar una gasa entre la piel y el cuerpo de la aguja gripper para evitar úlceras. No usar antibióticos tópicos o cremas en el lugar de inserción y Cambio de la aguja cada dos semanas.

CONCLUSIÓN: El reservorio es un catéter central interno que precisa una técnica especial para su canalización y por tanto unos cuidados para su mantenimiento y evitar así infecciones o problemas asociados a su manipulación. Por este motivo es importante para enfermería el conocimiento y renovación de los conocimientos de estas técnicas para saber manejar pacientes con este tipo de acceso venoso y poder enseñarles a los pacientes cuidados que tendrán que tener cuando se vayan de alta, para mantener en buen estado el reservorio.

PALABRAS CLAVE: RESERVORIO, CUIDADOS, ENFERMERÍA, TÉCNICAS.

EL PACIENTE ONCOLÓGICO: SEGURIDAD Y CUIDADOS

MARIA LUISA RODRIGUEZ DONCEL, ZAIRA MARIA SANTISTEBAN DELGADO, JUAN ANTONIO LOPEZ CARMONA

INTRODUCCIÓN: En el cuidado del paciente oncológico, la labor del personal de enfermería es fundamental. El personal sanitario debe tener conocimientos de los protocolos y recursos existentes para mejorar la calidad de vida de estas personas y así poder proporcionarles cuidados con la calidad que se merecen.

OBJETIVOS: Determinar herramientas que ayuden a los enfermos con cáncer a llevar una vida digna, libre de dolor y sufrimiento. Identificar herramientas para que los profesionales sanitarios afronten el estrés que el cuidado de éstos pacientes pueda proporcionarles.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica buscando en las bases de datos de PubMed, Scielo y Dialnet buscando como descriptores “paciente oncológico”, “afrontamiento del estrés” y “cuidados de enfermería”. Como criterio de inclusión se tienen en cuenta artículos desde 2007 a 2017. Se obtienen un total de 435 artículos de los cuales sólo 5 están a texto completo, en inglés o español como idioma seleccionado.

RESULTADOS: La participación del personal en la AECC tiene una edad media ya que la gente joven no suele inculparse mucho en el cuidado de estos pacientes por el desconocimiento sobre sus cuidados y los más mayores sufren desgastes físicos y emocionales que el cuidado de estos pacientes produce. La presencia de un psicólogo es fundamental para estos pacientes pero la labor del personal sanitario puede actuar como tal en la mayoría de los casos si se sabe como hacerlo aprovechando el tiempo que se pasa con ellos. Por ello debería de existir unos protocolos y estrategias que nos ayudaran a afrontar el estrés que los cuidados proporcionan.

CONCLUSIÓN: Es importante establecer protocolos de actuación en enfermería porque son los que más tiempo transcurren con los pacientes oncológicos. El trabajo realizado gracias a estos protocolos es cada vez de mayor calidad y cada vez es más eficaz y seguro, proporcionándoles mas bienestar a nuestros pacientes oncológicos.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE ONCOLÓGICO, AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGURIDAD.

LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA CONVENCIONAL Y LA HELICOIDAL COMO TÉCNICAS EMPLEADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER

LUCIA BERMEJO VILLA, LUISA TEJERO MARIN

INTRODUCCIÓN: La Tomografía Axial Computarizada, también conocida por la sigla TAC, es una exploración de rayos X que produce imágenes detalladas de cortes transversales del cuerpo, emitiendo haces simultáneamente desde diferentes ángulos. La TAC es muy útil para la simulación virtual y planificación de un tratamiento de cáncer en Radioterapia.

OBJETIVOS: Conocer la técnica empleada para la atención oncológica y planificación del tratamiento y a su vez, comparar la TAC convencional frente a la TC helicoidal.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en revistas y artículos, utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Actualmente con la aparición de la TAC helicoidal a diferencia con la TAC convencional, se eliminan las pausas tras cada corte produciéndose un movimiento simultáneo del tubo de rayos X y la camilla. Los cortes presentan mayor precisión, lo que nos ayudará a diferenciar con exactitud las estructuras anatómicas. El aparato tiene forma de arco con un hueco en el centro. Consta de una camilla donde el paciente será posicionado con ayuda de unos láseres para dicha prueba. La camilla se desplazará hasta el punto donde el cuerpo a explorar quede bajo el arco. Dicha camilla se mueve hacia delante y hacia atrás, de modo que va tomando imágenes a intervalos a medida que ésta se mueve. Las señales recibidas por los detectores son analizadas por un ordenador que reproduce la imagen y la muestra en un monitor.

CONCLUSIÓN: Como hemos podido comprobar, el rápido avance de la tecnología nos ha permitido evolucionar hacia el tomógrafo helicoidal, el cual presenta unas ventajas como son que evita discontinuidad entre cortes; reduce el tiempo de exploración; posibilita las exploraciones con menor cantidad de contraste intravenoso; posibilita la reconstrucción multiplanar de imágenes; mejora la calidad de reconstrucción tridimensional y además, permite la Angio-TC.

PALABRAS CLAVE: RAYOS X, TAC CONVENCIONAL, TAC HELICOIDAL, CONTRASTE, ANGIO-TC.

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

MARIA JOSE RUEDA CARRILLO, YOLANDA ZAPATA MARTIN, MARGARITA GARCIA PRIETO

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón es uno de los cánceres más frecuente. Existen diversos tipos, siendo el tratamiento distinto (quimioterapia, radioterapia o cirugía) según crecimiento, estadio y diseminación. El tabaco es el principal factor causal (aumenta diez veces la probabilidad de padecerlo), así como la exposición a radiación, asbesto altos niveles de contaminación.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados del TCAE necesarios pacientes con cáncer de pulmón.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos/motores de búsqueda, como Scielo, Cuide, Dialnet, Pubmed...; así como páginas web oficiales de sociedades científicas y en distintas instituciones sanitarias españolas.

RESULTADOS: El cáncer de pulmón provoca fundamentalmente una serie de patologías como son: tos persistente que se va agravando, expectoración sanguinolenta, inflamación de cuello y cara, dolor torácico persistente, ronquera, pérdida de peso y neumonía. El TCAE debe conocer dichas patologías ya que su función primordial, siendo el personal sanitario en mayor contacto con el paciente y debido a los efectos adversos que provoca el agresivo tratamiento,, es la de paliarlos en la medida de lo posible. También es importante que sirva de orientador del paciente y del cuidador, favoreciendo la verbalización de las dudas y miedos de los pacientes ante el tratamiento y la enfermedad, así como promover la educación sanitaria individualizada.

CONCLUSIÓN: La función de los TCAE ante los cuidados del paciente con cáncer de pulmón, se debe centrar en paliar los efectos del mismo, así como servir de orientación de los pacientes y cuidadores. Para ello debe tener un conocimiento de las alteraciones que provoca dicha patología, así como de los efectos adversos de la enfermedad y del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: PACIENTES, TCAE, CUIDADOS, CÁNCER, PULMÓN.

ESTUDIO SOBRE LA MORTALIDAD POR TIPO DE TUMOR EN ESPAÑA EN EL AÑO 2014: CIE-10-ES

AURORA PEÑA GONZALEZ, MERCEDES ALMAGRO CALZADA, MARIA DEL CARMEN TORRES CALVO

INTRODUCCIÓN: Los tumores son la causa más frecuente de muerte entre los hombres en España en 2014 con un número de fallecimientos igual a 65.014, Por delante de las enfermedades cardiovasculares y de las enfermedades respiratorias. Sin embargo, los tumores fueron la segunda causa de muerte en mujeres en España en 2014 con un número de fallecimientos igual a 41.020 Siendo la principal causa de la mortalidad las enfermedades cardiovasculares responsables de 63.546 Muertes. La tercera causa de muerte en mujeres, al igual que en los hombres son las enfermedades respiratorias.

OBJETIVOS: Analizar la mortalidad de los 10 tipos de tumores más frecuentes en España. La principal causa de muerte en los hospitales españoles fueron los tumores con un 24.2%.

METODOLOGÍA: Fuente de información los datos obtenidos por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) y del INE. Gráfico de barras con los 10 tipos de tumores que han provocado una mayor mortalidad en España en el año 2014 Códigos CIE-10-ES: pulmón C34.90, Colorrectal C19, páncreas C25.9, Mama C50.919, Próstata C61, estómago C16.9, Hígado C22.9, Vejiga C67.9, Leucemia C95.9 Y Riñón C64.9.

RESULTADOS: Las cifras de fallecimientos según los tipos de tumores más frecuentes son: Pulmón 21.220, Colorrectal, 15.449, Páncreas 6.278, Mama 6.213, Próstata 5.855, Estómago 5.522, Hígado 4.536, Vejiga 4.795, Leucemia 3.377 Y riñón 2.912.

CONCLUSIÓN: El tumor que ocasionó mayor número de fallecimientos en España en el año 2014 fue el de pulmón con un 28% seguido del tumor colorrectal 20.3%, El tumor de páncreas, 8.25% Y el de mama, 8.16%. La mortalidad por cáncer en 2014 en España fue de 106.039 De los cuales 76.157 Fueron causados por los 10 tumores analizados, esto supone el 72%. Los pacientes con cáncer que sobreviven más de 5 años es del 53%.

PALABRAS CLAVE: TUMOR, MORTALIDAD, PULMÓN, PÁNCREAS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PALIATIVO

PABLO CASILLAS JURADO, VIRGINIA MARIA TORREGROSA CAÑIZARES, NOELIA MARIA CASILLAS JURADO

INTRODUCCIÓN: El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología. Según la definición de la OMS Enfermedad en fase Terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

OBJETIVOS: Identificar los objetivos de los cuidados paliativos. Analizar la importancia de llevar a cabo estos cuidados de forma adecuada.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica y descripción de la experiencia en cuidados de enfermería en una planta de hospitalización con pacientes oncológicos y en situación paliativa.

RESULTADOS: Los objetivos de cuidados paliativos según la OMS son: Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo. Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible. Considerar la muerte como algo natural. Reafirmar la importancia a la vida. Dar apoyo psicológico, social y espiritual. No alargar ni acorta la vida. Alivio del dolor y otros síntomas. Es importante profundizar en los cuidados de enfermería al final de la vida desde una perspectiva multidisciplinar para proporcionar cuidados de calidad que integren todos los aspectos de la persona.

CONCLUSIÓN: Es importante en los cuidados postmortem preservar la intimidad del fallecido; si la muerte se ha producido estando el enfermo sólo debemos avisar a la familia y reunir todas las pertenencias del paciente. El cuerpo siempre deberá estar alineado y movilizarlo sin brusquedad. Registrar en las observaciones de enfermería la causa del fallecimiento, la hora y fecha en que se produjo, y la identificación del personal sanitario implicado.

PALABRAS CLAVE: PALIATIVO, CUIDADOS ENFERMERÍA, ONCOLÓGICOS, SALUD.

BENEFICIOS DE LA ACUPUNTURA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

EVA ISABEL QUESADA REAL, ITZIAR MALAGÓN RODRÍGUEZ, CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: Se analiza un método terapéutico mediante la inserción de agujas de poco calibre en puntos estratégicos del cuerpo. Es importante restaurar la salud y bienestar del paciente.

OBJETIVOS: Identificar pautas para controlar los síntomas físicos y emocionales para mejorar la calidad de vida y acelerar la recuperación del paciente oncológico. Determinar los beneficios del uso de la acupuntura.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Pautas para controlar los síntomas físicos y emocionales para mejorar la calidad de vida y acelerar la recuperación del paciente oncológico: Tratamiento de apoyo. Manejo del sistema. Cuidado preventivo. La acupuntura modula el centro de dolor sensorial en el cerebro produciendo un efecto analgésico. Antes de la cirugía: promueve la relajación, evita efectos secundarios y alivia los síntomas. Después de la cirugía: ayuda a controlar el dolor, disminuye la inflamación, ayuda a prevenir la contracción del tejido cicatricial y se acorta el tiempo de recuperación. En tratamiento con radiación o quimio mejora la función inmune y aumenta la eficacia de estos y alivia efectos secundarios (vómitos, fatiga, etc.).

CONCLUSIÓN: La acupuntura ha demostrado que aumenta los anticuerpos, el recuento de células T, la hemoglobina y células rojas en sangre, recuento de glóbulos blancos (especialmente neutrófilos), normaliza el ritmo cardíaco irregular, regula la presión arterial, mejora la peristalsis del estómago y ayuda a estabilizar el daño del nervio periférico.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE ONCOLÓGICO, RELAJACIÓN, CONTROL DEL DOLOR, BENEFICIOSA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO

ANA GARCÍA MARTÍNEZ, CRISTINA GARCÍA-CUEVAS ALCÁNTARA, YESICA MARIA MOLINA BEDMAR

INTRODUCCIÓN: El reservorio subcutáneo es un catéter central interno que se inserta generalmente en la vena cava superior y se pone con una técnica tunelizada.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados que se le dan a este dispositivo y cómo utilizarlo.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica en diferentes bases de datos, Pubmed, Cochrane Library, Scielo y Cuiden. Hemos usado como criterios de inclusión artículos comprendidos entre los años 2008-2015, empleando los operadores booleanos AND y OR.

RESULTADOS: Los reservorios subcutáneos se implantan mediante técnica quirúrgica estéril y están indicados para pacientes con accesos venosos periféricos difíciles o que requieren un acceso vascular repetido y continuado. Para la punción de dicho reservorio se usan agujas tipo gripper. El mantenimiento de estos dispositivos requiere siempre de una técnica aséptica. Mantendremos el sistema siempre pinzado al desconectar las jeringas y evitaremos tocar las conexiones. Realizaremos la cura del punto de punción, si la hacemos con apósito transparente nos durará con garantías de prevenir infecciones de 5 a 7 días. Es muy importante observar los signos de infección local: rojez, fiebre, tumefacción, signos de oclusión del catéter. Por último, para el mantenimiento del catéter es muy importante su correcto sellado para evitar la formación de coágulos en el extremo del catéter. Este sellado se hará con una jeringa de 10 ml en la que se diluirá 1 ml de heparina al 5% en 9 ml de suero fisiológico, de los cuales se administrarán 4 ó 4,5 cc. Al terminar la técnica extraemos la aguja y la jeringa al mismo tiempo que se mantiene la presión de infusión para crear presión positiva y evitar reflujo.

CONCLUSIÓN: Gracias a la aparición de este dispositivo se han solucionado muchos de los problemas que sufrían a menudo las personas dependientes de un acceso venoso para la administración de tratamientos frecuentes y prolongados.

PALABRAS CLAVE: RESERVORIO, CATÉTER, AGUJA, CUIDADOS.

RECOMENDACIONES AL PACIENTE CON TRATAMIENTO CON BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN INTRAVESICAL

ANA GARCÍA MARTÍNEZ, CRISTINA GARCÍA-CUEVAS ALCÁNTARA, IRENE GÁLVEZ LARA

INTRODUCCIÓN: El BCG es un fármaco que está indicado en el tratamiento del cáncer superficial de vejiga. El tratamiento se administra mediante instilación intravesical.

OBJETIVOS: Identificar las recomendaciones a seguir durante este tipo de tratamiento.

METODOLOGÍA: En la estrategia de búsqueda se utilizaron las bases de datos UpToDate, Cochrane, Cuiden y Pubmed. En esta búsqueda nuestro criterio de inclusión son artículos publicados en los últimos 10 años, usando operadores booleanos AND, OR, NOT.

RESULTADOS: La instilación vesical es un procedimiento que consiste en colocar una sonda vesical para inyectar el medicamento a través de la misma mediante una jeringa, una vez ha finalizado la instilación se retira la sonda. Las recomendaciones a seguir son: Indicarle que no beba ningún líquido las 4 horas previas a la instilación y las 2 horas posteriores a la misma. Durante las 2 horas siguientes tras la instilación el paciente no debe orinar ya que el medicamento debe permanecer en la vejiga durante este tiempo. El paciente debe movilizarse el máximo posible, si está encamado, debe cambiar de postura cada 15 minutos. Tras las 2 horas siguientes a la instilación el paciente debe beber abundantes líquidos durante 48 horas para facilitar la eliminación del medicamento y reducir la aparición de molestias. Durante las primeras 6 horas debe orinar sentado y debe echar un vaso de lejía en el inodoro y lavarse las manos tras cada micción. Hay que avisar al paciente de que si mantiene relaciones sexuales debe utilizar preservativo durante 7 días. El paciente debe avisar al médico de otros medicamentos que esté tomando. Este tratamiento está contraindicado durante el embarazo y durante la lactancia.

CONCLUSIÓN: Este tratamiento es usado para el cáncer de vejiga en etapa temprana. Los pacientes no deben abandonar el tratamiento sin consultar con su médico.

PALABRAS CLAVE: VEJIGA, BCG, CÁNCER, INSTILACIÓN.

TECNOLOGÍA DE RADIOTERAPIA RAPIDARC PARA ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

ROSA MARIA ORTEGA VISIEDO, ANTONIA CORDOBA SERRANO, VERONICA CRUZ RAMON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Los adenocarcinomas de próstata suelen ser heterogéneos y multifocales con referencia a la diferenciación. El 95% de cánceres de próstata son adenocarcinomas, mientras que los de células pequeñas, carcinomas acinares intralobulares, carcinomas ductales, carcinomas de células claras y carcinomas mucinosos engloban el resto. Se presenta caso clínico de paciente de 63 años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La mayoría de casos de esta enfermedad son detectados por examen de sangre para antígeno prostático específico (PSA) o el tacto rectal (DRE). Se les asigna también un grado según el sistema de Gleason, basado en cuánto se parece el cáncer al tejido normal de la próstata. Si el tumor se parece mucho al tejido prostático normal, se refiere a grado 1; cuando el tumor se presenta muy anormal se asigna grado 5; mientras que los grados 2 al 4 son característicos entre los extremos.

JUICIO CLÍNICO: Diagnosticado adenocarcinoma de prostata, con PSA 8,1, gleason de grado 8, el facultativo decide tratamiento radioterápico. Lecho prostático+ ganglios+ vesiculas con dosis 44Gy. Lecho prostático +ganglios con dosis 50Gy. Lecho prostático con dosis 78Gy. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Los facultativos deberán estudiar la posibilidad de hematuria y síntomas de obstrucción de la salida vesical en búsqueda de trastornos, como hiperplasia benigna, trastornos vesicales o renales.

PLAN DE CUIDADOS: La planificación para administrar la radioterapia se trabaja teniendo en cuenta órganos de riesgo adyacentes, en este caso serían la vejiga, el recto, bulbo peneano, cabezas femorales y cualquier órgano más que el facultativo médico considerase.

CONCLUSIONES: Esta técnica optimiza el plan de tratamiento para un fraccionamiento de dosis idóneo teniendo en cuenta la ubicación de los órganos de riesgos elegidos por el facultativo, minimizando la dosis recibida en ellos, que dependerán de los parámetros establecidos para cada tipo de tejido.

PALABRAS CLAVE: VMAT, ADENOCARCINOMA, RADIOTERAPIA, PRÓSTATA.

RADIOTERAPIA CON TÉCNICA ARCOTERAPIA VOLUMÉTRICA MODULADA COMO TRATAMIENTO DE CÁNCER DE ENDOMETRIO

ROSA MARIA ORTEGA VISIEDO, ANTONIA CORDOBA SERRANO, VERONICA CRUZ RAMON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de mujer de 64 años estudiada por metrorragia postmenopáusica asociada a dolor abdominal. Se realiza tratamiento previo de cirugía y quimioterapia adyuvante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras sospecha de tumor de endometrio se realiza exploración ginecológica, con polipectomía y biopsia endometrial. Se solicitan otras pruebas diagnósticas: ecografía de abdomen, TAC con contraste IV de abdomen, Resonancia magnética con contraste de I. V de pelvis.

JUICIO CLÍNICO: Metrorragia postmenopáusica. La prescripción de radioterapia consiste en administrar 50Gy en 25 sesiones de tratamiento con posterior braquiterapia con dosis de 10Gy en 2 sesiones.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Neoplasia benigna: Polipos cervicales y endometriales; Miomas. Adenomiosis. Neoplasia maligna. Cáncer cervicouterino. Cáncer de endometrio. Menopausia precoz. Hemorragia uterina disfuncional. Alteraciones tiroideas. Medicamentos. Coagulopatías. Infecciones.

PLAN DE CUIDADOS: La planificación para administrar la radioterapia se trabaja teniendo en cuenta órganos de riesgo adyacentes, en este caso serían la vejiga, el recto, cabezas femorales y cualquier órgano más que el facultativo médico considerase.

CONCLUSIONES: La técnica con VMAT permite una mejora en la conformación de la dosis a administrar en el tumor, proporcionando mayor cantidad de dosis con mayor actividad tumoral y disminuyendo la dosis en órganos de riesgo circundantes a la lesión.

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, VMAT, ENDOMETRIO, ADYUVANCIA.

ARCOTERAPIA VOLUMÉTRICA AVANZADA A PROPÓSITO DE UN CASO PARA CÁNCER DE VEJIGA

ROSA MARIA ORTEGA VISIEDO, ANTONIA CORDOBA SERRANO, VERONICA CRUZ RAMON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 71 años remitido de oncología médica por hallazgo en TAC de seguimiento de cáncer de colon en remisión completa de posibles lesiones vesicales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TAC de seguimiento por cáncer anterior, se sospecha cáncer de vejiga. TAC de tórax y abdomen. ECO posterior valorando lesión polipoidea con aspecto tumoral. Biopsia con resultado de anatomía patológica que informa de cáncer urotelial de alto grado, infiltrado a capa muscular.

JUICIO CLÍNICO: Se realiza TAC de planificación radioterápica. Se decide tratamiento con técnica VMAT: dosis 60Gy durante 28 sesiones. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Antecedentes familiares de próstata, páncreas y pulmón. Estrechez uretral. Contracción del cuello de la vejiga. Cálculo en la vejiga (hematuria y dolor). Historia de instrumentación uretral previa. Uretritis. Traumatismo. IVU. Alteraciones neurológicas. ECO. Cultivo.

PLAN DE CUIDADOS: La planificación para administrar la radioterapia se trabaja teniendo en cuenta órganos de riesgo adyacentes, en este caso serían la vejiga, el recto, cabezas femorales y cualquier órgano más que el facultativo médico considerase.

CONCLUSIONES: La terapia con arco volumétrico-modulado suministra la capacidad de combinar los beneficios volumétricos de la terapia rotacional, siendo beneficioso en el posicionamiento del paciente; con las capacidades de delinear la dosis de la IMRT, siendo beneficioso para la cobertura de dosis en el tumor. Con esta técnica mejora los máximos de dosis en los órganos de riesgos circundantes a la lesión.

PALABRAS CLAVE: VMAT, RADIOTERAPIA, VEJIGA, CÁNCER.

LA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA COMO TRATAMIENTO ÚNICO PARA CARCINOMA TÍMICO

ROSA MARIA ORTEGA VISIEDO, ANTONIA CORDOBA SERRANO, VERONICA CRUZ RAMON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 83 años con buen estado general, diagnosticada de timoma en estadio IIB por invasión de grasa circundante, sin afectación aparente de pleura o pericardio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Examen físico con buen estado general. Radiografía de tórax/ exploración por TC. Exploración por PET.

JUICIO CLÍNICO: Se realiza TAC de simulación con IV para planificación de tratamiento IMRT radioterápico. La prescripción del tratamiento consiste en administrar 70Gy en 35 sesiones. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: En el mediastino anterior o anterosuperior o espacio retroesternal se encuentran: timo, parte de la aorta, grandes venas y tejido linfático.

PLAN DE CUIDADOS: La planificación para administrar la radioterapia se trabaja teniendo en cuenta órganos de riesgo adyacentes.

CONCLUSIONES: La administración de la dosis con el uso de IMRT es una opción que permite mejorar la distribución de la dosis, reduciendo la radiación que puedan recibir los tejidos sanos circundantes. Siendo la IMRT un tratamiento más rápido de administrar lo que mejora el bienestar del paciente.

PALABRAS CLAVE: IMRT, RADIOTERAPIA, TIMOMA, CÁNCER.

ANÁLISIS SOBRE LA PREVENCIÓN Y LA INFORMACIÓN PARA COMBATIR EL CÁNCER

MARIA VICTORIA RUEDA AGUILOCHO, ANTONIO CORDERO CORDERO, ELISABET TEJERO TEJERO

INTRODUCCIÓN: La Oncología es la especialidad médica que se especializa en el análisis y el tratamiento de tumores tanto benignos como malignos. El cáncer es un problema grave de salud en nuestra sociedad. En el momento del diagnóstico, sólo el 50% de los casos son curables, posteriormente entre un 10-20% recaen después de un abordaje terapéutico inicial y eficaz. Por lo que ocupa la segunda causa de muerte en España.

OBJETIVOS: Determinar las medidas para aumentar el grado de conocimiento e información de la población sobre el cáncer para reducir la incidencia y su mortalidad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Para intentar prevenirlo, se puede llevar a cabo una serie de hábitos saludables como: evitar fumar y exponerse al humo del cigarro, cuidarse de la exposición prolongada al sol y reconocer los cambios en la piel, dieta sana y equilibrada, limitar el consumo de alcohol, realizar ejercicio físico, reducir los niveles de estrés y hacer revisiones médicas regularmente. Los tratamientos más frecuentes contra el cáncer son: la quimioterapia, la radioterapia, el trasplante de médula ósea y cirugías para extirpar el tumor para mejorar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes con cáncer, entender la necesidad de establecer una buena comunicación con el paciente y saber las medidas preventivas y factores de riesgo que existen.

CONCLUSIÓN: La prevención es de vital importancia para garantizar el mayor éxito posible de los tratamientos que se apliquen y conseguir su curación. La concienciación es muy importante ya que el número de casos por año va en aumento y la incidencia tiene una relación directa con el envejecimiento de la población y su elevada esperanza de vida.

PALABRAS CLAVE: SALUDABLE, ONCOLOGÍA, CÁNCER, PREVENCIÓN, INFORMACIÓN.

MANEJO DE PACIENTES CON CÁNCER DE COLON

MERCEDES COLLADO HERRANZ, ESTHER GRANADOS RAMOS, ISABEL MARIA SANCHEZ PASTOR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre, 48 años, acude al servicio de urgencias del hospital por presentar diarreas, náuseas y vómitos, pérdida del apetito, pérdida de peso y cansancio generalizado. Hace 2 meses lo diagnosticaron de cáncer de colon, está con sesiones de quimioterapia, la última la semana pasada. Exfumador desde 2015 de 20 cigarillos al día. No bebe desde que le diagnosticaron el cáncer. Antecedentes médicos: HTA, qx de apendicitis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 130/70 mmHg FC: 96 lpm Sat. O2: 99% Temperatura: 36.4°C Analítica de sangre.

JUICIO CLÍNICO: Debilidad generalizada y diarreas secundarios a cáncer de colon. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c diarrea. NOC: Equilibrio electrolítico y ácido-base. NIC: Monitorización nutricional, manejo de líquidos/ electrolitos, vigilancia. (00092) Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p informe verbal de fatiga o debilidad. NOC: Conservación de la energía. NIC: Manejo de la energía, monitorización de signos vitales.

CONCLUSIONES: Son síntomas del cáncer de colon la diarrea o estreñimiento, fatiga, náuseas o vómitos. Por eso es importante tratarlos para evitar el desequilibrio electrolítico por pérdida excesiva de líquidos. A parte del tratamiento que pueden estar recibiendo los pacientes con cáncer de colon, como la quimioterapia o radioterapia, esa pérdida excesiva de líquidos les provocan cansancio y por tanto dificultad para realizar actividades.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, COLON, QUIMIOTERAPIA, VÓMITOS.

NEOPLASIA DE PULMÓN FRENTE A DORSALGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALICIA GOMEZ MELGAR, ANA BELEN MORENO VALERA, JUAN MANUEL BAREAS MERCADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 60 años que acude a urgencias por dorsalgia de cuatro meses de evolución. No alergias medicamentosas. Como antecedentes HTP severa, Epoc, DM tipo II, ex fumador de hace 18 años. El dolor a veces se le irradia al costado y no se puede controlar con analgesia. Desde hace unos 15 días el enfermo presenta más disnea de lo habitual en él y esputos amarillentos. Presenta pérdida de peso en el ultimo mes. Mal estado general.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No presenta dolor a la movilización. En analítica leucocitosis: 18900 mm3. Se le realiza Rx: se aprecia un pequeño nódulo, por lo que se le realiza TAC: se observa masa de 3 centímetros con metástasis óseas.

JUICIO CLÍNICO: Cáncer de pulmón. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infección, dorsalgia.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento para el cáncer en etapas avanzadas incluyen retardar el crecimiento del cáncer (ya sea con quimioterapia, radioterapia o ambas) y sobre todo disminuir el dolor e intentar disminuir los efectos secundarios derivados del tratamiento.

CONCLUSIONES: En un principio podríamos pensar en algún tipo de fractura vertebral debido a la cronicidad del dolor, pero si tenemos en cuenta el aumento de la disnea, el esputo amarillento y la pérdida de peso nos hace desviar el diagnóstico hacia algún tipo de cáncer, cosa que se objetiva en primer lugar con la Rx de tórax donde se aprecia un nódulo y finalmente con el TAC donde se hace el diagnóstico definitivo.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, DOLOR, TRATAMIENTO, METÁSTASIS.

NEOFORMACIÓN RENAL EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA

LORENA GARCÍA SAN JOSÉ, BEATRIZ LOPEZ GARCIA, MARÍA JESÚS NARVÁEZ GÓMEZ, JOSÉ ANTONIO OBREGÓN RODRÍGUEZ, RAQUEL BALBIN SAIZ, MARIA DE LA HOZ GUTIÉRREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a urgencias hospitalarias por empeoramiento de estado general y de la infección urinaria pese a tratamiento con Cefuroxima 500 mg/12 horas. Se realiza ECO-TAC hallándose una masa renal derecha. Probablemente primaria Se ingresa para tratamiento de ITU y estudio de masa. Antecedentes Personales: enfermedad renal crónica, arteriosclerosis generalizada, cardiopatía isquémica con implantación de stent, marcapasos por BAV (FEVI 65%).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física es anodina. Analítica cuando ingresa: leucocitosis 14,7 10e3/microl y segmentados 85,9%, filtrado glomerular 45 ml/min/1,73 m2 y un elemental y sedimento compatible con ITU. Al alta le leucocitosis desaparece y el filtrado glomerular es 70 ml/min/1,73m2. Urocultivo negativo. ECO-TAC: en riñón derecho masa de bordes polilobulados, con centro hipodenso y márgenes hiperdensos, de 51x56x69 en probable relación con neoformación primaria.

JUICIO CLÍNICO: Masa renal derecha de probable neoformación primaria. Reagudización de enfermedad renal crónica. ITU. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neoformación primaria o metástasis de una neoformación en otra localización.

PLAN DE CUIDADOS: Antibioterapia con augmentine vía endovenosa. Es valorado por Urología y en sesión multidisciplinar (Oncología- Urología) se decide un manejo conservador sin necesidad de intervención quirúrgica por el momento y manejo ambulatorio. Oncología decide que no esta indicado seguimiento ni tratamiento ya que se trata de una masa localizada. El servicio de Cuidados Paliativos le seguirá vía telefónica y Urología en consultas.

CONCLUSIONES: Dada la situación del paciente el tratamiento conservador se considera la mejor opción; ya que con la co-morbilidad del paciente el realizar una intervención quirúrgica y/o quimioterápica la va a suponer al paciente un empeoramiento considerable de su supervivencia y del nivel de vida. En este caso, si se llegara a realizar se consideraría encarnizamiento terapéutico.

PALABRAS CLAVE: ANTIBIOTERAPIA, MASA, RIÑÓN, UROCULTIVO.

EFFECTOS SECUNDARIOS DERMATOLÓGICOS DE LA RADIOTERAPIA

FRANCISCO JOSÉ TORRES ÚBEDA, LAURA CAPEL RODRIGUEZ, JOSÉ LUIS MARTÍNEZ CORTÉS

INTRODUCCIÓN: La Radioterapia externa es uno de los tratamientos más comunes en pacientes oncológicos. Es un tratamiento en el que se utiliza la radiación de frenado para emitir radiación X (ionizante) de alta energía con el objetivo de dañar las cadenas de ADN de las células malignas y así evitar su propagación, aunque tiene también efectos negativos en células no malignas.

OBJETIVOS: Analizar e identificar las complicaciones derivadas de la radioterapia en piel.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión bibliográfica de 12 artículos publicados en los últimos 5 años, en inglés y castellano, de los cuales 4 de ellos se trataban de casos clínicos realizados en hospitales de Canadá y Estados Unidos, y el resto son reportes de casos publicados en revistas de impacto internacional. Las bases de datos consultadas han sido Cochrane, Medline, Pubmed y Csic. Los descriptores utilizados han sido cáncer, piel, radioterapia, tratamiento.

RESULTADOS: La especificidad de las planificaciones realizadas desde radio física unido a la gran precisión actual de los aceleradores lineales de energía que proporcionan la radiación para dañar las células neoplásicas minimiza mucho los efectos secundarios de ésta en piel, pero es inevitable que se vea afectada. Actualmente alrededor del 18% de pacientes llegan a padecer complicaciones severas, pero la radio dermatitis se da en casi el 80% de los pacientes y más dependiendo del tipo de cáncer a tratar, como el cáncer de mama, donde el enrojecimiento, sequedad de la piel, eritemas y escaras pueden producirse con mayor facilidad.

CONCLUSIÓN: Es necesario conocer los efectos de la radiación en piel, para prevenir los estadios iniciales de una posible radio dermatitis y/o retrasar al máximo posible el efecto perjudicial que producen las altas dosis en piel. La atención enfermera será imprescindible en los cuidados de piel así como en la educación para los autocuidados de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: PIEL, RADIOTERAPIA, TRATAMIENTO, CÁNCER.

EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

MARIA MÁRQUEZ HUERTAS, MARÍA LOURDES SERRANO POYATOS, AURORA TORICES LOZANO

INTRODUCCIÓN: Los tratamientos que acompañan al cáncer y los síntomas que se producen tienen como consecuencia un gran desgaste de salud en los pacientes, por lo que se llega a sufrir malnutrición. Esto además acarrea una serie de dificultades como la disminución de la tolerancia al tratamiento oncológico y disminución de la calidad de vida.

OBJETIVOS: El objetivo es determinar medidas para mejorar la intervención nutricional en pacientes oncológicos e identificar una malnutrición con riesgo aumentado de complicaciones por su propia enfermedad.

METODOLOGÍA: Basándonos en los estudios se crea un protocolo de evaluación y de intervención nutricional para el paciente oncológico para determinar el tratamiento adecuado.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes tienen tratamiento de intención curativa y reciben este con una intensidad moderada o de alto riesgo. Algunos suelen tener algún tipo de dificultad en la alimentación.

CONCLUSIÓN: La aplicación del protocolo es útil, ya que puede facilitar la detección de malnutrición en los pacientes oncológicos, por lo que tras el estudio al paciente este se puede beneficiar de una intervención nutricional específica, que aplicado al inicio coincidiendo con el diagnóstico de la enfermedad los resultados son más positivos.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, MALNUTRICIÓN, EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN, TOLERANCIA, RIESGO.

ATENCIÓN ENFERMERA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

ROCIO BAYO LEYVA, BEATRIZ MADRID SÁNCHEZ, JESÚS MORILLAS RUIZ

INTRODUCCIÓN: Una enfermedad terminal es la que se encuentra en el último estadio de su evolución y a la que sucederá la muerte de la persona en un plazo relativamente corto. Los cuidados paliativos surgen con la intención de ayudar a los enfermos a sentirse mejor. Se encargan de prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos, mejorando la calidad de su estado, para conseguir el máximo bienestar físico, social, espiritual y psicológico.

OBJETIVOS: Identificar la función de enfermería en la aplicación de cuidados paliativos y su importancia en los pacientes con enfermedad terminal. -Analizar los principales cuidados que atienden de forma integral todas las necesidades del paciente, y su adecuado manejo.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica sobre la temática a través de varias bases de datos científicas como son Dialnet, Cuiden y Scielo. Los descriptores utilizados son: cuidados, dolor, síntomas... analizando bibliografía entre los últimos 5 años con artículos en castellano. Se han encontrado 21 artículos de los cuales hemos utilizado 13 artículos.

RESULTADOS: Las actividades de enfermería están dirigidas a controlar los síntomas que alteren el confort de los pacientes, realizando una valoración de los mismos que posibilite la ejecución de un plan de cuidados, mediante un equipo multidisciplinar, que intente controlarlos o adaptar al paciente a los que no se puedan controlar. Siempre intentando conseguir el máximo alivio y bienestar posible. Facilitaremos la comunicación con el sujeto y la familia, proporcionando apoyo emocional y ante la situación de duelo ayudando a superar la pérdida.

CONCLUSIÓN: Los cuidados de enfermería en la atención al paciente terminal giran entorno a proporcionar calidad de vida y confort antes de la muerte, llevando a cabo una atención individualizada, continuada e integral. A medida que la enfermedad va progresando, cambian los cuidados, desde los más especializados hasta los más humanos.

PALABRAS CLAVE: ENFERMO TERMINAL, CUIDADOS, DOLOR, CÁNCER, SÍNTOMAS.

ASCITIS EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

PATRICIA MALPICA ARCE, LIDIA RUIZ FERNANDEZ, SONIA ESPINEL GARCIA, VICTORIA DE LOS ANGELES PAZ SOLER, MARIA GLORIA BARQUIN ARRIBAS, BELEN RICALDE MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 73 años con AP de HTA , Fibrilacion auricular y AIT ,en tratamiento habitual con sintrom ,digoxina, losartan y tenormin que acude a consulta de Atención Primaria por aumento del perímetro abdominal y estreñimiento con dolor desde hace 2 meses. Ha acudido varias veces a urgencias tratando el estreñimiento , pero sigue con aumento de tamaño del abdomen y edemas en extremidades.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración Física: Constantes vitales normales. AC: arrítmica sin soplos y AP: crepitantes bibasales, Abdomen: Blando depresible con ascitis severa y lesiones nodulares subcutáneas por todo el abdomen, no palpo megalias. EEII: edemas con fóvea hasta rodilla. Analítica con hipoxemia en gases, signos de infección con leucocitos altos, CEA elevado. Se realiza evacuación de liquido ascitico (8 litros), análisis de liquido ascítico compatible con ascitis neoplásica, con Anatomía patológica que sugiere neoplasia de células grandes. Se realiza TAC y PET sin encontrar el tumor primario.

JUICIO CLÍNICO: Paciente con dolor abdominal y ascitis neoplásica sin evidencia de tumor primario.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Cirrosis, tuberculosis, hepatitis vírica, pancreatitis, insuficiencia cardíaca, amiloidosis, leucemia y linfoma.

PLAN DE CUIDADOS: Observación en domicilio de evolución por nueva colección líquida (ascitis),control del dolor con Paracetamol. En seguimiento por Cirugía y Oncología.

CONCLUSIONES: La ascitis ya sea de causa no oncológica o secundaria a una tumoración benigna o maligna ,comprende una serie de alteraciones fisiopatológicas que no siempre son de fácil tratamiento ,por lo cual se han implementado una serie de abordajes terapéuticos farmacológicos e invasivos para proporcionar un alivio de los sintomas secundarios y una mejora en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: ASCITIS, DOLOR, ESTREÑIMIENTO, EDEMAS.

EXTRAVASACIÓN: PREVENCIÓN DE LOS AGENTES CITOSTATICOS

JAIME RUS LAGUNA, ANA BELEN AGUAYO CONTRERAS, CARMEN AGUILAR COBO

INTRODUCCIÓN: Una de las complicaciones más comunes y graves que se producen en la administración intravenosa de citostaticos a pacientes oncológicos es la extravasación, con una incidencia entre 0,2% y 0,7% produciendo graves lesiones o daños como úlceras, necrosis etc. Por lo que es necesario identificar las mejores actuaciones para prevenirla.

OBJETIVOS: Conocer estrategias para prevenir la extravasación de fármacos citostáticos en pacientes oncológicos.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos nacionales e internacionales, así como PubMed, Cuiden, Lilacs, Scopus, Cinahl, PsycInfo, y la Biblioteca Cochrane Plus, en idioma español o inglés y con acceso libre a texto completo. Después de seleccionar los documentos por criterios de inclusión y exclusión, un total de 12 estudios son empleados para la elaboración de este trabajo.

RESULTADOS: Los estudios analizados descubren como principales factores de riesgo las características del paciente, fármaco, dispositivo de infusión intravenosa y profesional de enfermería. También cabe destacar la importancia de globalizar las intervenciones en todas las instituciones provocando así un beneficio en la disminución del riesgo.

CONCLUSIÓN: La extravasación es una grave complicación provocada por el tratamiento de la quimioterapia ocasionando daños severos e irreversibles, por lo que el mejor tratamiento es la prevención. Para ello se requiere la colaboración entre profesionales y pacientes, sistematizar las intervenciones y la administración del tratamiento por enfermeros/as expertos.

PALABRAS CLAVE: QUIMIOTERAPIA, EXTRAVASACIÓN, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, FÁRMACOS, PACIENTE ONCOLÓGICO.

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO

CONSUELO BERNAL BARROSO, MARIA ANGELES QUESADA GUILLEN, SANDRA GUERRA MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer es un crecimiento de tejido del organismo producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. Puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal y se clasifican según la célula de origen y en función de su tejido.

OBJETIVOS: Determinar medidas para disminuir la ansiedad que pueda provocar la enfermedad en el paciente y educar al paciente que recibe tratamiento con quimioterápicos sobre el autocuidado frente a los efectos secundarios inmediatos del tratamiento. Determinar medidas para proporcionar una atención y cuidados adaptándolo a la necesidad del paciente y así controlar el dolor u otros síntomas para así contribuir a su confort y bienestar durante su permanencia en la unidad hospitalaria.

METODOLOGÍA: Se realizó búsqueda bibliográfica en Ovid Pubmed, Scielo, Cochrane y Cuiden, a través de descriptores en castellano como “oncología” Criterios de inclusión: textos libres, completos, gratuitos, de los últimos 10 años. Se hallan 37 artículos.

RESULTADOS: Es importante que el paciente y los familiares sientan que reciben la mejor atención posible. Para ello el personal de la salud debe entender que el paciente debe ser tratado desde un punto de vista biopsicosocial, así como conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que transcurre el enfermo. Desde el punto de vista psicológico cuando al paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación.

CONCLUSIÓN: Suele haber discrepancia entre lo que piensan y sienten los pacientes y las actitudes y conductas del personal asistencial hacia ellos. Por ello el comportamiento del personal sanitario satisface las necesidades de los pacientes. La atención del TCAE en cuanto al aspecto emocional va encaminada a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto,

PALABRAS CLAVE: ENFERMO, CUIDADOS, TCAE, ONCOLÓGICO.

EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES CON MÚSICA EN PACIENTES CON CÁNCER

LAURA COBOS CUENCA, JOSÉ CARLOS COBOS CUENCA, ARACELI MARCOS MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: Sufrir cáncer puede producir un gran desgaste en la salud de las personas, tanto emocional como físicamente. Las terapias con música se usan para mitigar los efectos adversos y la sintomatología que padecen los pacientes que reciben tratamientos contra el cáncer.

OBJETIVOS: Valorar los efectos tanto físicos como psicológicos en pacientes con cáncer al utilizar terapias con música.

METODOLOGÍA: Se hicieron búsquedas en MEDLINE, Embase y en la Biblioteca Cochrane Plus. Los descriptores que se han utilizado: intervenciones, música, pacientes y cáncer.

RESULTADOS: Los resultados indican que las terapias con música pueden tener un resultado beneficioso en cuanto a la ansiedad de los pacientes que padecen cáncer, así mismo se aprecia una mejoría en los parámetros tanto respiratorios como cardíacos. Además se observó una mejoría considerable del dolor que padecen estos pacientes. Ciertos estudios mostraron que las terapias con música disminuyen la necesidad de consumir fármacos para paliar el dolor, acortando así los tiempos de estancia hospitalaria ya que los pacientes se recuperaban más rápido. En cambio no se hallaron resultados concluyentes que evidencien una mejora en el apartado físico, inmunológico o espiritual.

CONCLUSIÓN: Tras analizar los resultados de los distintos estudios y a modo de conclusión se puede apreciar que la musicoterapia resulta favorable para disminuir el estrés, el cansancio y el dolor. Se aprecia también una mejora de las pulsaciones y las respiraciones, así como la tensión arterial. Se necesitan realizar estudios de mayor calidad y que aporten resultados definitivos.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIONES, MÚSICA, PACIENTES, CÁNCER.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO: GANGLIO CENTINELA

MARÍA CONCEPCIÓN OCÓN DOMINGO, ENCARNACION SIERRA SALVAGO, PIEDAD TARIFA PEREZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es el más frecuente y maligno en mujeres, una de cada ocho lo padecerá a lo largo de su vida. Cada vez tiene mayor incidencia en hombres, aunque más raro, supone el 1% de todos los tumores de mama. En España se diagnostican 26.000 Casos al año, casi el 30% de todos los tumores en mujeres.

OBJETIVOS: Conocer los protocolos del servicio de cirugía en esta intervención, el manejo del material, y de las muestras anatómicas.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en las cuales se consultaron diversas bases de datos utilizando los descriptores: tumor, cáncer de mama, ganglio centinela.

RESULTADOS: Se extraen uno o más ganglios linfáticos axilares para examinarlos. Si contienen células cancerosas, existe una mayor probabilidad de propagación a otras partes del cuerpo. La biopsia es la forma más común y menos invasiva, aunque en algunos casos puede realizarse una disección de ganglios linfáticos axilares más amplia. Generalmente, se hace como parte de la cirugía principal, para extraer el tumor, o extirpar el seno si se confirman los peores pronósticos.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico precoz aumenta las posibilidades de curación, es recomendable la autoexploración, y la mamografía que permite detectar lesiones antes de que sean palpables. Cuando se disemina a los ganglios, o infiltra otros órganos, el tratamiento es más agresivo y el porcentaje de curación disminuye. En estos casos la prueba del ganglio centinela ayuda a saber hasta donde se ha extendido, y la mejor manera de tratarlo. El TCAE, como parte del equipo multidisciplinar en la zona quirúrgica, interviene preparando el quirófano, manteniendo la asepsia y, en general, llevando a cabo las tareas delegadas del enfermero circulante, limpiando y cuidando de la esterilización del material y del envío de la muestra anatómica a rayos y/o a anatomía patológica.

PALABRAS CLAVE: TUMOR, GANGLIO CENTINELA, CÁNCER DE MAMA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

ABORDAJE SOBRE LA PREVENCIÓN Y CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

VIRGINIA LLAMAZARES MUÑOZ, CRISTINA LEÓN MOYA, NESTAVO JOAQUÍN DE LOS REYES LOPERA

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal es uno de los cánceres más comúnmente diagnosticados en el mundo. En el año 2015 fue el cáncer más incidente en ambos sexos y el segundo más diagnosticado en España, tanto en hombres como en mujeres, después de los cánceres de próstata y mama, respectivamente. A pesar de que la supervivencia de este cáncer ha aumentado significativamente en las últimas décadas, sigue siendo uno con tasas de letalidad elevadas.

OBJETIVOS: Conocer qué factores son los llamados de “riesgo” y el proceso de cribado en la población actual.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica acerca de “Prevención y cribado cáncer colorrectal” en las principales bases de datos y en los siguientes metabuscadores: Google académico y The Cochrane Library, Cochrane.

RESULTADOS: La sangre oculta en heces (SOH) con el test inmunológico debe recomendarse como prueba de cribado del cáncer colorrectal (CCR) a las personas de 50 a 74 años, con periodicidad bienal (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor). Los profesionales de atención primaria deben identificar a los pacientes con riesgo elevado de CCR (sospecha de CCR hereditario y familiar) y derivarlos a las unidades especializadas (evidencia baja, recomendación fuerte a favor).

CONCLUSIÓN: Junto con el conocimiento del cribado actual, existen una serie de recomendaciones para la prevención primaria del CCR: Moderar el consumo de carne roja, carne procesada y carne cocinada muy hecha o en contacto directo con el fuego. Promover una dieta baja en grasas y rica en fibra, frutas y verduras. Promover la realización de ejercicio físico y evitar el sobrepeso y la obesidad. Evitar el consumo de tabaco y moderar el consumo de alcohol.

PALABRAS CLAVE: CCR, PREVENCIÓN, CRIBADO, SALUD.

EL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN LA MASTECTOMÍA

MIRIAM DEL ROCIO INGA MIRANDA, ROSA MARIA CABEZAS MARQUEZ, LAURA PARTIDA PACHON

INTRODUCCIÓN: La mastectomía es la extirpación quirúrgica de toda la mama para tratar el cáncer de mama.

OBJETIVOS: Determinar el protocolo de enfermería ante la mastectomía en las pacientes.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de metabuscadores (Google academy), revista electrónica Elsevier, artículos científicos y web, descartándose aquellos sin relación con el artículo.

RESULTADOS: Por lo que es una neoplasia diagnosticada con mayor frecuencia en la mujer, una de cada ocho mujeres lo desarrollará. Un tercio de ellas morirá y su incidencia está en aumento sobre todo en países desarrollados. La tasa de mortalidad ha disminuido en los últimos años debido a los programas de detección precoz y a los avances en el tratamiento sistémico a pesar de haber aumentado su incidencia y consiste en la extirpación de toda la mama. Puede ser de dos tipos como la mastectomía radical modificada que es la más utilizada y en ella se extirpa la mama. La mastectomía radical (también denominada mastectomía tipo Halsted) consiste en la extirpación de la mama, de los músculos pectorales y de los ganglios axilares. Esta técnica se utilizaba mucho en el pasado, pero no en el momento actual. Además existe la posibilidad de que sea necesario un tratamiento con radioterapia tras la mastectomía, aunque esto ocurre en un porcentaje bajo de pacientes.

CONCLUSIÓN: Se debe determinar los pasos de la intervención para tener preparado con antelación todo lo que haga falta para la cirugía, minimizar riesgos tanto a la paciente contribuyendo a una buena colocación de los brazos para evitar daños posturales y para los profesionales, evitando daños físicos y biológicos y establecer diagnóstico y estadio de la patología. Es importante la detección precoz del cáncer de mama, para no llegar, en lo posible a una mastectomía, con visitas periódicas al ginecólogo, mamografías y autoexamen mamario.

PALABRAS CLAVE: MASTECTOMÍA, ENFERMERÍA, CUIDADOS, CÁNCER DE MAMA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ERITEMA ACRAL INDUCIDO POR QUIMIOTERAPIA

JESÚS IGNACIO CASTRO TURRIÓN, MARIA DOLORES ARJONILLA GARCIA, VANESA QUIÑONES GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 53 años de edad diagnosticada de cáncer de mama en tratamiento con QT adyuvante de 4 ciclos de ciclofosfamida+epirubicina, seguidos de otros 4 ciclos de docetaxel administrados cada 21 días. Tras el tercer ciclo de docetaxel, la paciente acude a la consulta de enfermería de su Enfermera de Familia por presentar eritema acral al 5º día de administrarse el tratamiento, grado 3-likert 3.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración cutánea se observa eritema afectando a ambas palmas, edema y rash cutáneo antebrazo. Además se observaba afectación del dorso de manos con eritema, distrofia ungueal y líneas de Beau. Manifestaba dolor a la presión.

JUICIO CLÍNICO: Localización palmo-plantar, cara lateral externa de los dedos. Disestesias en las palmas y plantas, en las que pueden aparecer placas eritematosas. Sequedad y descamación. Pueden aparecer flictenas. Dolor. Pueden desarrollar entumecimiento u hormigueo. Impotencia funcional para las AVD.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Lupus eritematoso, la paniculitis por frío.

PLAN DE CUIDADOS: Procedimientos de enfriamiento: El frío puede proporcionar alivio temporal para el dolor y sensación de acorchamiento. Colocar las palmas manos sobre una bolsa de hielo o una bolsa de guisantes congelados. Cambiar de mano cada 15 o 20 minutos. En este caso la paciente no sufrió vaciamiento axilar, si lo hubiera sufrido el frío extremo está contraindicado en esa extremidad por riesgo linfedema. Aplicaciones emolientes: Ácidos grasos hiperoxigenados de 2 a 3 veces al día. Aplicar sin realizar masaje hasta la absorción. Reforzamos la resistencia cutánea, protegemos y evitamos la sequedad cutánea, aumenta la renovación celular y mantiene el nivel de oxigenación de los tejidos de apoyo. Alivio del dolor: Pauta analgésica con paracetamol (1gr/8h) e ibuprofeno (650mg/8h).

CONCLUSIONES: A los 3 días de seguir el tratamiento prescrito, la paciente presenta ligera descamación de la piel. Resolviéndose tanto el eritema, el edema y el dolor, Likert 0, EVA 0.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME ERITRODISESTESIA, ONCOLÓGICA, SEGURIDAD, ENFERMERÍA.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA SEGURIDAD DE PACLITAXEL-ALBÚMINA Y GEMCITABINA EN CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO

ABEL TRUJILLANO RUIZ, MARIA VICTORIA VILLACAÑAS PALOMARES, JAIME MATEO CARMONA

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, paclitaxel-albúmina en combinación con gemcitabina es una de las combinaciones más frecuentes en el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de páncreas metastásico

OBJETIVOS: Analizar los resultados de los eventos adversos (EA) ocurridos en nuestra población con respecto a los descritos en la ficha técnica.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, retrospectivo que incluyó a los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas metastásicos tratados con paclitaxel-albúmina en combinación con gemcitabina en el último trimestre de 2017. Las variables recogidas fueron: datos demográficos (sexo y edad), número de ciclos recibidos, necesidad de reducción de dosis, necesidad de retraso de dosis y eventos adversos.

RESULTADOS: 9 Pacientes recibieron tratamiento, siendo el 66.7% Hombres con una edad media de 64 +- 9.1 Años. La media de los ciclos recibidos fue de 4 +-1, necesitando retraso de algún ciclo el 55.6% De los pacientes debido a los EA. En cuanto al perfil de seguridad, todos los pacientes presentaron algún tipo de EA siendo los más frecuentes: gastrointestinales (17.8%), Astenia (17.3%), Neurotoxicidad (16.5%) Toxicidad hematológica (15.2%), Infecciones (11.2%), Alopecia (7.5%), Edemas (3.2%), Elevación de las enzimas hepáticas (1.2%) Y otros (10.1%).

CONCLUSIÓN: Los datos obtenidos en cuanto a seguridad en nuestro estudio, son similares a los descritos en la ficha técnica como frecuentes y muy frecuentes. Estos EA provocaron un retraso en la administración del fármaco en algunos casos por lo que la prevención y el buen manejo es esencial para conseguir la máxima eficacia del tratamiento antineoplásico.

PALABRAS CLAVE: PACLITAXEL-ALBÚMINA, GEMCITABINA, CÁNCER DE PÁNCREAS, QUIMIOTERAPIA.

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE EXTRAVASACIÓN DE CITOESTÁTICOS

JOSÉ MANUEL ALGABA LARIO, JOSÉ LUIS CARPIO BLANCO, MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ DE LA CASA, VERÓNICA ESCRIBANO CALDERÓN, MARIA DEL CAMINO ESPADA RIVERA, CARLOS MARTÍN DE LA SIERRA RODRÍGUEZ MADRIDEJOS, MARÍA GÓMEZ GALÁN, BERTA HOLGUÍN MUÑOZ, JENNIFER CREVIER ALARCON, RAQUEL ROMERO MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: Extravasación de citostáticos es la salida no intencionada de un fármaco citostático durante su administración intravenosa hacia los espacios perivascular y subcutáneo.

OBJETIVOS: El objetivo que pretendemos conseguir con este estudio es, conocer las novedades del manejo de extravasaciones de citostáticos y aplicar el tratamiento farmacológico idóneo.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas: PubMed, Medline, y en buscador google académico. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: La incidencia de accidentes varía entre 0.1 % Y 6%, no superando el 0.5 En estudios recientes. La reducción del riesgo se basa en prevención, mediante protocolos normalizados e instauración del tratamiento farmacológico. Medidas Farmacológicas. Dimetilsulfóxido (DMSO) tópico al 99%: 1-2 ml cada 6 horas durante 14 días. Hialuronidasa: Se administra en varias punciones SBC de 0,2 a 0,5 ml alrededor de la zona afectada. Tiosulfato Sódico 1/6 Molar: Administrar 2mL por cada mg de mecloretamina o por cada 10 mg de cisplatino extravasado, en éste, existen autores que solo recomiendan emplear el antídoto si la concentración de cisplatino en la infusión es mayor de 0,4 mg/mL. Analgesia. Antibioterapia. Corticoides: En crema. Hidrocortisona 100 mg IV o 4mg de Dexametasona para disminuir la inflamación. Antisépticos: Iodopovidona solución 10% o alcohol 70°. Medidas Físicas. Frío seco, ciclos de 15 min cada 4 a 6 horas durante 72 horas. Calor seco, ciclos de 15 min cada 30 min durante 24 horas.

CONCLUSIÓN: El tratamiento es complejo por las limitaciones que existen: Referente al agente citostático: el no conocer el mecanismo de acción de algunos agentes y antídotos, como la aparición de nuevos citotóxicos. Referente al tratamiento: inexistencia para todos los casos, pauta variable del mismo antídoto, politerapia, aplicación de más de un tratamiento al mismo caso; y respuesta a terapia no farmacológica.

PALABRAS CLAVE: TRATAMIENTO, CITOSTÁTICOS, ENFERMERÍA, EXTRAVASACIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CÁNCER DE MAMA

ELENA CARMONA CAMARA, TATIANA MARTÍN IBAÑEZ, ROCIO GOMEZ CORTES

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es el crecimiento descontrolado de las células mamarias, es decir, es un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias. Con el paso del tiempo estas células pueden invadir el tejido mamario sano llegando a los ganglios linfáticos y propagándose a otras zonas del cuerpo. Aunque este tumor es frecuente en mujeres los hombres también pueden padecerlo.

OBJETIVOS: Determinar las actuaciones que debe establecer el TCAE en el cáncer de mama.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Uno de los principales objetivos del TCAE como profesional de la salud será conocer la enfermedad y los métodos preventivos para que la enfermedad no avance además de ofrecer comprensión y apoyo a estos pacientes. En estadios más avanzados de la enfermedad siempre que la paciente no pueda se le ayudará a las actividades básicas de la vida diaria. Gracias a las investigaciones, la supervivencia por este tipo de cáncer se ha incrementado en un 20%. Aunque 1 de cada 8 mujeres parecerá este tipo de enfermedad los avances y la información sobre la prevención con auto exploraciones como con mamografías hace que cada vez se detecte la enfermedad en primeras fases ofreciendo un tratamiento personalizado. Entre estos tratamientos se encuentra la cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.

CONCLUSIÓN: El TCAE como componente del equipo multidisciplinar deberá de apoyar y guiar a estas pacientes durante los momentos más difíciles y en los tratamientos que muchas veces se hacen complicados además de tratar con dignidad y dar un trato personal será nuestra misión tanto para la paciente como para la familia.

PALABRAS CLAVE: TUMOR, TRATAMIENTO, MAMOGRAFÍA, PREVENCIÓN.

LA INTERVENCIÓN ENFERMERA COMO MEDIO PARA FOMENTAR RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

DESIREE REYES AFONSO, JUAN LUIS GOMEZ GOMEZ, LETICIA ALMEDA DEL CASTILLO,
MARÍA HERRERA MUÑOZ, AMALIA CAMPOY RODRIGUEZ, CLAUDIA FERNANDEZ DELGADO

INTRODUCCIÓN: El concepto de resiliencia hace referencia a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas. La fundamentación teórica de la Resiliencia Holística establece unos parámetros claros y flexibles basados en el desarrollo de factores del área relacional (energía de relación), factores del área de aprendizaje de conocimientos y competencias (energía de aprendizaje) actores del área de la creatividad (energía creativa).

OBJETIVOS: Evaluar una intervención enfermera para potenciar resiliencia en pacientes oncológicos.

METODOLOGÍA: Se realizará un estudio cualitativo. Tomando como población de estudio a 20 mujeres que hayan sido diagnosticadas de cáncer de mama. Para su diseño se usará el Modelo Holístico de Resiliencia de Gil (2010).

RESULTADOS: Se realizó una intervención enfermera donde se llevo a cabo el aprendizaje de una destreza creativa (creación en crochet de una “colcha resiliente”), junto con una dinámica de comunicación grupal para la expresión emocional y descripción de los procesos resilientes en torno a la enfermedad oncológica. Existió un código de colores, mediante el que las participantes elegirán el color del hilo con el que trabajen ese día según su estado de ánimo.

CONCLUSIÓN: Según los hallazgos encontrados en la literatura, intervenciones resilientes deben potenciar el aprendizaje, el desarrollo de características y habilidades personales y la creatividad. En base a esto, podemos prever que el Modelo Holístico de Resiliencia que se ha utilizado como base metodológica para el diseño de la intervención puede resultar eficaz, ya que conjuga los tres aspectos antes referidos. Así mismo, se abordarán el desarrollo de características resilientes como la iniciativa, la autoría y el sentido de propósito. Además, la propia actividad puede generar un espacio distendido donde pueda fluir el humor y el clima positivo, favorecedor del afrontamiento de la enfermedad y el desarrollo del proceso resiliente.

PALABRAS CLAVE: RESILIENCIA, INTERVENCIÓN ENFERMERA, ONCOLOGÍA, ENFERMERÍA, MODELO HOLÍSTICO, CÁNCER DE MAMA.

MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTE EL AISLAMIENTO DE PACIENTES HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS

ANA MARÍA MORALES AYALA, ASCENSIÓN FERNÁNDEZ RUÍZ, MARÍA DAMIANA RUBIO CARRILLO, MARIANO HORTELANO BALIBREA, LIDIA ALEGRÍA COBAS, ANTONIA FLORENTINA LÓPEZ CABALLERO, MARÍA YOLANDA ESPINOSA PORRUA, SARA BERNAL ARDIL, MARÍA DOLORES MAESTRE PALACIOS, JOSE ANTONIO VERDEJO PARRA, CARMEN MARÍA GARCÍA GARCÍA, MAGDALENA GUTIÉRREZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN: El aislamiento protector o inverso se emplea para prevenir que los enfermos con alteraciones importantes de su sistema inmunitario como leucemias, linfomas, trasplantados, etc. Por lo que sean infectados por agentes exógenos durante su estancia hospitalaria.

OBJETIVOS: Determinar las medidas de seguridad y aislamiento en pacientes hematológicos inmunodeprimidos.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva donde se buscaron en bases de datos como Pubmed, Scielo, Medscape, Medline. También se estudiaron diversos artículos de guías clínicas en Fistera y en GuiaBase. La búsqueda se llevó a cabo en un periodo atemporal entre 2010 hasta 2017 donde se obtuvieron un total de 101 artículos, de los cuales se escogieron 33 para una detallada revisión.

RESULTADOS: En gran porcentaje, tanto hombres como mujeres, estaban de acuerdo en la mayoría de los pacientes hematológicos reconocen el motivo por el que se encuentran en aislamiento inverso. Debemos dar seguridad y confianza a este tipo de pacientes, utilizando adecuadamente todos los medios disponibles para mantener su confianza y tranquilidad en el personal sanitario durante el periodo de su aislamiento. Además de permitir la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario para conseguir un aislamiento inverso propio para pacientes hematológicos inmunodeprimidos y conocer las medidas de seguridad a seguir en el ambiente hospitalario.

CONCLUSIÓN: Varios estudios demuestran la validez y confianza que los pacientes inmunodeprimidos con aislamiento inverso depositan en los profesionales sanitarios. La calidad de nuestros cuidados y actividades proporcionan seguridad en estas situaciones y suelen estar satisfechos con la información recibida durante su aislamiento, existencia de buena comunicación.

PALABRAS CLAVE: AISLAMIENTO DE PACIENTES, MEDIDAS DE SEGURIDAD, INMUNOSUPRESIÓN, CONFIANZA, HEMATOLOGÍA.

CARCINOMA DE PULMÓN DESCUBIERTO POR PRUEBAS TRAS ENFERMEDAD PULMONAR DE OBSTRUCCIÓN CRÓNICA REAGUDIZADO

FRANCISCO MINGUEZ HERNANDEZ, PATRICIA MERCEDES SANCHEZ FLEMING, ENRIQUE MINGUEZ HERNANDEZ, MARÍA HERNÁNDEZ MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 67 años de edad de acude al servicio de urgencias, refiere malestar general, acompañado de tumoración cervical lateral derecha desde hace 6-7 meses, odinofagia que describe como pinchazos intensos, otalgia derecha, disfonía leve, esputo hemoptoico ocasional y anorexia con pérdida de 4kg en los últimos 2 meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Evolución: PAAF masa cervical: Carcinoma de (oat cell) carcinoma indiferenciado de células pequeñas.

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma de pulmón con metástasis ganglionares cervicales por (OAT cell).
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El carcinoma indiferenciado de células pequeñas es la neoplasia maligna más agresiva del pulmón y pertenece al grado 3 de la actual clasificación de la OMS de los carcinomas neuro endocrinos. Representa el 25% de todos los carcinomas pulmonares. Afecta predominantemente a varones tabaquistas, por lo general a partir de la quinta década de vida. El factor de riesgo más importante en la aparición del cáncer de pulmón de células pequeñas es el humo del cigarrillo. Causando cambios acumulativos sobre el ADN de las células, acumulándose progresivamente alteraciones genéticas que transforman el epitelio que reviste los bronquios del pulmón. A medida que existe daño más extenso, se desarrolla el cáncer de pulmón.

PLAN DE CUIDADOS: Si bien el tratamiento se basa en la quimioterapia con o sin radioterapia, los tumores en estadios bajos son potencialmente resecables. El carcinoma de células pequeñas de tipo oat cell y el de células intermedias tienen pronóstico similar, sin embargo se ha demostrado que los de tipo combinado son más refractarios a la terapia.

CONCLUSIONES: A día de hoy existen muchos avances diagnósticos y terapias para el cáncer, pero no se ha conseguido un tratamiento eficaz o con un alto índice de supervivencia en algunos casos. No existe una manera absoluta para prevenir el cáncer pero, si tomar medidas que podrían ayudar a reducir su riesgo.

PALABRAS CLAVE: FACTOR DE RIESGO, CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUEÑAS, TABACO, PREVENCIÓN.

PACIENTE ONCOLÓGICA QUE PRESENTA UN CUADRO DE ICTERICIA

MARIA CRUZ GARCIA MARTINEZ, ESTELA BALLESTEROS RODRIGUEZ, MARIA BALLESTEROS RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 81 años de edad que acude a consulta de atención primaria con un cuadro de ictericia de varios días de evolución, acompañado de anorexia, pérdida de 8 Kg de peso aproximadamente en 7 meses. La paciente refiere no tener alergias medicamentosas conocidas, no tener hábitos tóxicos, es hipertensa y tiene depresión de un año de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general aporta los siguientes datos, la paciente se encontraba orientada, hidratada y eupneica en reposo. No presentaba ninguna alteración a nivel cardíaco, ni respiratorio y abdomen normal. Las constantes vitales son normales: TA: 128/73 mmHg FC: 85 lpm, Tª 35.6°C. Tras esto se derivó a la paciente al hospital para realizarle el resto de pruebas: TAC de abdomen y ECO de abdomen. En las pruebas radiológicas se observa que la paciente tenía una masa de 8 cm en la región pancreática y otra de 4 cm en la región hepática.

JUICIO CLÍNICO: Entre el diagnóstico posible aparecía entre una pancreatitis crónica y Neoplasia pancreática. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras las pruebas realizadas a la paciente se le observa que presenta una Neoplasia pancreática en estadio IV, siendo candidata a tratamiento quimioterápico.

PLAN DE CUIDADOS: Ponerle el tratamiento de quimioterapia e ir viendo si la masa desciende de tamaño. O realizarle una cirugía para extraerlo.

CONCLUSIONES: La paciente y los familiares una vez que se les ha explicado los pros y los contras que tiene este tratamiento se niegan a ponerlo. Este cáncer es una de las Neoplasias más letales, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz. Los posibles tratamientos serían cirugía, radiación y quimio y terapia dirigida. Al final se derivó a cirugía quirúrgica para tratar la ictericia junto con medidas paliativas por la edad de esta paciente.

PALABRAS CLAVE: ICTERICIA, ONCOLÓGICA, HIPERTENSA, PÉRDIDA DE PESO.

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES LARINGECTOMIZADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MANUELA ROJAS CORRERO, MARIA AUXILIADORA CABALLE GARCIA, FRANCISCA GAVILÁN PEREZ

INTRODUCCIÓN: La cirugía es habitualmente la mejor solución para los pacientes que padecen cáncer de laringe, logran curarse en muchas ocasiones gracias a una operación, la extirpación de la laringe, por lo que no debe ver su situación como el peor de los remedios posibles.

OBJETIVOS: Este estudio tiene como objetivo determinar las recomendaciones para los pacientes con laringectomizados.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una de la literatura, mediante la búsqueda de publicaciones y artículos incluidos en las siguientes bases de datos: Medline, Cielo y Dialnet. Los descriptores que utilizamos para la búsqueda han sido laringectomizados, cánula, estoma traqueal, moco, recosiendo biografías sin limite de de fecha para elaborar dicha revisión.

RESULTADOS: El uso de cánula puede acarrear la formación de granulomas alrededor del estoma. Esto no tiene nada que ver con la enfermedad por la que se opere y mas bien por el cuidado del estoma traquear: Lavarse las manos cuidadosamente antes de prestar atención al estoma. Mantenga limpia y seca la región circundante. Use agua tibia y jabón neutro para retirar resto de secreciones, que no entre en el interior del estoma. Cubra con apósitos la piel que rodea el orificio. Asegure bien la cánula mediante una cinta alrededor del cuello de manera firme y cómoda. La cánula consta de dos partes, una interna y otra externa. Ambas deben cambiarse diariamente aunque la cánula interna puede limpiarse varias veces durante el día. Adaptación: a partir del mismo momento de la operación solo podrá respirar por el estoma traqueal, la nariz y la boca ya no servirán para respirar. El polvo, los humos, el agua, el moco, etc. Ahora solo podrá salir por el estoma.

CONCLUSIÓN: No hay que olvidar que la enfermedad por la que le han tenido que extirpar la laringe se considera curada cuando han pasado mas de cinco años de la operación. No obstante debe acudir regularmente a las revisiones.

PALABRAS CLAVE: LARINGECTOMIZADOS, CANULA, ESTOMA TRAQUEAL, MOCO.

EXTRACCIÓN DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS MEDIANTE AFÉRESIS

REBECA POYATOS DOMÍNGUEZ, MARÍA RUIZ BARRERO, IRENE RUEDA JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: La aféresis consiste en la extracción de sangre total de un sujeto, su separación en diferentes componentes según tamaño, densidad y peso, la retención del componente deseado y la devolución de los elementos remanentes. Una de sus aplicaciones se basa en la terapia transfusional sustitutiva, mediante la cual se recolectan componentes sanguíneos para su donación o autotransplante, como sucede con la extracción de células madre.

OBJETIVOS: Analizar la literatura científica existente en relación a la extracción de precursores hematopoyéticos mediante aféresis. Determinar las posibles complicaciones derivadas del proceso de aféresis.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática mediante el acceso a bases de datos como Pubmed, Scielo, y el buscador de Google académico. Se incluyeron artículos científicos escritos en español y en inglés. Posteriormente se analizaron aquellos relacionados con la extracción de precursores hematopoyéticos mediante el proceso de aféresis.

RESULTADOS: Los resultados reflejan que la extracción de precursores hematopoyéticos mediante aféresis presenta ventajas frente a la punción directa de la médula ósea, ya que no precisa anestesia general y conlleva una menor morbilidad. El proceso se realiza mediante una centrífuga automatizada, a través de un catéter venoso central y bajo el control de una enfermera especializada en aféresis. Entre sus aplicaciones se encontró la extracción de células madre para su posterior trasplante (allogénico o autólogo) en pacientes oncológicos. Entre las complicaciones, se encontraron las relacionadas al acceso vascular (obstrucción, malposición, infección y estenosis), hipotensión, náuseas, hipocalcemia, trombocitopenia, reacción anafiláctica y parada cardiorespiratoria.

CONCLUSIÓN: En conclusión, a pesar de las posibles complicaciones derivadas del proceso de aféresis, estas se dan con menor frecuencia ya que conociendo su causa resultan de fácil prevención. Son mayores sus beneficios frente a la punción directa de médula ósea al resultar un método menos invasivo, lo cual facilita el proceso, promoviendo la donación altruista de células madre.

PALABRAS CLAVE: AFÉRESIS, CÉLULAS MADRE, AUTOTRANSPLANTE, TERAPIA TRANSFUSIONAL SUSTITUTIVA.

BRAQUITERAPIA CON TARIFA DE DOSIS ALTA Y BAJA EN EL CÁNCER GINECOLÓGICO

ISABEL MARIA LEIVA BALLESTA, LUZ MARIA VALVERDE LÓPEZ, ELENA GUCEANU

INTRODUCCIÓN: La braquiterapia ha sido el tratamiento estándar para el cáncer ginecológico. Las braquiterapias LDR y HDR ofrecen índices de recurrencia similares a los de la cirugía para el cáncer de cuello uterino en un estadio temprano, lo que supone una verdadera alternativa a la histerectomía.

OBJETIVOS: Analizar los diferentes tipos de braquiterapia de alta y baja tasa en el tratamiento de cáncer ginecológico.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

RESULTADOS: La braquiterapia ofrece una alternativa igual de efectiva que la cirugía (histerectomía) para el cáncer de cuello uterino en un estadio temprano (estadios IA2 y IB1), y es un tratamiento estándar para el cáncer con gran masa tumoral (estadio IB2) o localmente avanzado (estadios IIA - IVA), normalmente combinado con EBRT y quimioterapia. Las braquiterapias intracavitarias LDR y HDR se utilizan para tratar el cáncer de cuello uterino. En un metaanálisis reciente que compara las braquiterapias HDR y LDR no se ha observado una diferencia significativa en la mortalidad global entre los dos tratamientos (HDR, 35,1%; LDR, 34,1%; cociente de probabilidades 0,96) durante un periodo de seguimiento mediano de cinco años.¹⁸ Los índices de mortalidad no variaron en función del tratamiento para los subgrupos de pacientes con enfermedad en estadio I, II o III, y la recurrencia local es similar en los dos tratamientos. Tanto la braquiterapia LDR como la HDR provocan menor toxicidad y menos complicaciones relacionadas con el recto y la vejiga.

CONCLUSIÓN: Las variaciones mostradas en los resultados de las braquiterapias LDR y HDR en pacientes con la enfermedad en estadio III sugieren que la braquiterapia LDR puede ser más aconsejable para los tumores grandes y voluminosos.

PALABRAS CLAVE: MUJER, BRAQUITERAPIA, CÁNCER GINECOLÓGICO, PACIENTE ONCOLÓGICO.

LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO Y SU FAMILIA

LUZ MARIA VALVERDE LÓPEZ, ISABEL MARIA LEIVA BALLESTA, ELENA GUCEANU

INTRODUCCIÓN: En España, el cáncer infantil es la primera causa de muerte por enfermedad en niños y adolescentes de 1 a 14 años. En nuestro país, se diagnostican al año 1.100 Casos de cáncer en niños y 400 nuevos casos en adolescentes. En el mundo, cada 3 minutos un niño es diagnosticado con cáncer, estimándose que unos 250.000 Niños y adolescentes son diagnosticados con una de las 16 formas de cáncer infantil, diferentes de los cánceres de adultos. Es la segunda causa de muerte en infancia y adolescencia, sólo detrás de los accidentes de tráfico.

OBJETIVOS: Analizar las actividades del TCAE para satisfacer las necesidades del niño y su familia.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

RESULTADOS: El TCAE debe insistir en la necesidad de una higiene corporal muy cuidadosa, principalmente de la boca, (ducha diaria, lavado de orificios, cepillado de dientes, uñas cortas y limpias, etc.), Para prevenir las posibles infecciones en caso de mucositis. La alimentación se adecuará a los gustos del niño. Considerar su autoestima permitiendo que se exprese sobre cómo se siente o se ve a sí mismo. Reforzar aspectos positivos de su imagen. Valorar la actitud de la familia respecto al problema y ayudarles a evitar actitudes negativas como sobreprotección o sentimientos de culpa. En el niño con dolor, las necesidades psicológicas son tan importantes como las farmacológicas. Hay diversas actitudes por parte del equipo que contribuyen a elevar el umbral de percepción del dolor del niño.

CONCLUSIÓN: El TCAE tiene un importante papel, debe garantizar las necesidades físicas y psicológicas del niño, y no sólo ha de proporcionarle un bien estar físico y emocional al paciente pediátrico, sino también a su familia, ya que pasamos muchas horas junto a ellos.

PALABRAS CLAVE: ONCOLOGÍA, INFANTIL, NECESIDADES, PADRES.

QUIMIOTERAPIA Y CANNABIS MEDICINAL EN LA APLICACIÓN TERAPÉUTICA

ELENA GUCEANU, LUZ MARIA VALVERDE LÓPEZ, ISABEL MARIA LEIVA BALLESTA

INTRODUCCIÓN: Los humanos tenemos un elemento especial en nuestro sistema inmune, sistema endocannabinoide, que ayuda al cuerpo a alcanzar la homeostasis y el equilibrio. Los receptores cannabinoides en el sistema nervioso (células CB1 y CB2) funcionan en la modulación del estado de ánimo, la memoria, el apetito y la sensación del dolor. El THC tiene efectos analgésicos, antieméticos, antiinflamatorios y antioxidantes.

OBJETIVOS: Identificar tanto beneficios como riesgos de la administración de cannabis medicinal en pacientes oncológicos. Analizar si el consumo de cannabis medicinal podría mejorar la sintomatología mas frecuente de pacientes oncológicos: náuseas, vómitos, dolor y falta de apetito.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión en la base de datos Pubmed, Scielo, Cochrane, Medline, etc. Y se consulta las guías de prácticas clínicas, artículos científicos, utilizando como descriptores: quimioterapia, cannabis medicinal, sistema endocannabinoide, pacientes oncológicos.

RESULTADOS: En la mayoría de artículos revisados la utilización del cannabis se centra en la mejora de los síntomas más comunes en los pacientes oncológicos. La investigación muestra que el cannabis es un gran complemento para el alivio del sistema y la curación después de procedimientos invasivos. Beneficios: fitonutriente, antiséptico, alivio verificable de los síntomas, reduce el tumor y la apoptosis. Muy útil en cáncer de mama, pulmón, próstata, colon. Riesgos: problemas neurológicos, convulsiones, taquicardia, problemas de memoria a corto plazo, además contiene carcinógenos.

CONCLUSIÓN: Mientras que muchos hospitales prohíben recetar marihuana medicinal, ese numero está disminuyendo. La marihuana medicinal está ganando terreno a nivel nacional.

PALABRAS CLAVE: QUIMIOTERAPIA, CANNABIS MEDICINAL, SISTEMA ENDOCANNABINOIDE, PACIENTES ONCOLÓGICOS.

BIOMARCADORES DE RESISTENCIA DE NOVO A TERAPIAS ANTI-HER2 EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HER2-POSITIVO

ADELA MADRID PAREDES, CARMEN MARIA VALENCIA SOTO, ESMERALDA RODRÍGUEZ MOLÍNS

INTRODUCCIÓN: Las terapias dirigidas contra el receptor HER2, sobreexpresado en el 20% de los cánceres de mama (CM), mejoran el pronóstico, sin embargo hasta el 62% de los pacientes experimentaron progresión durante el primer año. Los mecanismos moleculares propuestos para ser responsables de esta resistencia de novo incluyen modificaciones de HER2, defectos en la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpo o en el arresto celular y la apoptosis o alteraciones en los componentes de señalización de la vía de HER2.

OBJETIVOS: Analizar la influencia de los marcadores genéticos investigados hasta la fecha como causa de la resistencia de novo a los fármacos dirigidos frente el receptor HER2 en pacientes con CM HER2-positivo.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando PubMed, Embase, Ovid y Scielo, y se incluyeron todos los trabajos publicados hasta el 20 de diciembre de 2016, que contenían los descriptores "de novo", "mama", "cáncer" y "resistencia".

RESULTADOS: La presencia de mutaciones en HER2 en tumores primarios de pacientes con CM HER2-positivo no pudo predecir su rol como mecanismo de resistencia de novo a las terapias anti-HER2. Los biomarcadores como p95HER2, CCND1 y CDC25A han demostrado relevancia clínica y valor pronóstico en pacientes con CM HER2-positivo. Sin embargo, el valor pronóstico de la mayoría de los biomarcadores investigados hasta la fecha, como PIK3CA o AKT1, aún no se ha establecido completamente. El genotipo FCGR2A-131 H/H solo ha demostrado influencia en la respuesta de los anticuerpos frente a HER2 en determinadas etnias.

CONCLUSIÓN: CCND1, p95HER2, y CDC25A han demostrado relevancia clínica y valor pronóstico en pacientes con CM HER2-positivo. El genotipo FCGR2A-131 H/H puede influir en la respuesta a fármacos anti-HER2 en algunas etnias.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, MAMA, RESISTENCIA, BIOMARCADOR.

EL POLIMORFISMO ABCB1 C3435T Y LA RESPUESTA A LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: UN METAANÁLISIS

ADELA MADRID PAREDES, CARMEN MARIA VALENCIA SOTO, ESMERALDA RODRÍGUEZ MOLÍNS

INTRODUCCIÓN: El gen ABCB1 codifica la glicoproteína P, una bomba de eflujo para algunos agentes antineoplásicos que actúa como un mecanismo de resistencia a la quimioterapia. El SNP C3435T ha sido ampliamente estudiado en ABCB1.

OBJETIVOS: Determinar un metaanálisis para determinar la asociación de este polimorfismo y la respuesta a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama (CM).

METODOLOGÍA: Se realizó un metaanálisis. Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando PubMed, Embase, Ovid y Scielo, e incluyó todos los trabajos publicados hasta el 25 de enero de 2016, que contenían los descriptores "ABCB1", "polimorfismo", "mama", "cáncer" y "respuesta".

RESULTADOS: Se incluyeron un total de nueve (770 pacientes) que relacionan el polimorfismo ABCB1 C3435T y la respuesta a la quimioterapia. El análisis principal reveló una falta de asociación entre el polimorfismo ABCB1 C3435T y la respuesta a la quimioterapia en cada modelo genético: (OR predominante: 0,888; IC del 95%: 0,558-1,413). La estratificación por etnia, tipo de cáncer y criterios de respuesta no modificó el patrón de resultados.

CONCLUSIÓN: La evidencia disponible indica que el polimorfismo ABCB1 C3435T no puede considerarse un predictor de la respuesta a la quimioterapia en pacientes con CM.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, MAMA, ABCB1, QUIMIOTERAPIA.

ENFERMERÍA Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN URGENCIAS

JOSE MIGUEL MARIN SERENO, ELENA BENITEZ FUENTES, MARÍA SOLEDAD BARRERA DOMÍNGUEZ

INTRODUCCIÓN: El paciente oncológico es un usuario que desgraciadamente acude numerosas veces al servicio de urgencias debido por multitud de motivos: mal control del dolor, evolución de su patología, malestar general, fiebre, disnea, etc.

OBJETIVOS: Determinar la relevancia del trato al paciente oncológico realizado en urgencias por el servicio de enfermería.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura utilizando las bases de datos Scopus y Pubmed teniendo como Descriptores en Ciencias de la Salud: Trato, paciente, oncología, urgencias, enfermería.

RESULTADOS: Son numerosas las visitas a urgencias por pacientes oncológicas. Generalmente, el paciente oncológico acude a urgencias por un motivo grave que le afecta a las actividades de la vida diaria. Enfermería debe de tener en cuenta esta patología a la hora de clasificar su nivel de gravedad en el triaje, acortando el tiempo de espera y satisfaciendo las necesidades de estos pacientes si es posible en un corto periodo de tiempo.

CONCLUSIÓN: Enfermería tiene un papel fundamental para agilizar las intervenciones del paciente oncológico en el servicio de urgencias. Se debe de dar prioridad debido a que la mayoría de este tipo de pacientes están inmunodeprimidos y están en riesgo de contraer otra patología en la sala de espera de urgencias. Nos debemos de poner en su piel, ser empáticos y realizar un correcto trato y cuidado del paciente cuando está en este tipo de servicios.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, URGENCIAS, ONCOLOGÍA, ENFERMERÍA.

MANEJO DEL PORT-A-CATH EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO

ANA ALBARRACÍN PALACIOS, LAURA GONZÁLEZ BALLBÉ, CRISTINA BURGOS MARINA, ALBA GARCIA VALLE, VANESSA GARCÍA BOIZA, VERONICA NORIEGA REYES, ELISABET LÓPEZ MIRÓN, CRISTINA COLAO FERNANDEZ, SILVIA MARTINEZ ROIG, NEUS FELIP CAULAS, DANIEL GRACIA MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: En España, el cáncer es la primera causa de muerte a nivel de toda la población, pero presenta una gran cantidad durante la edad pediátrica. Para ello, se utiliza el reservorio venoso subcutáneo (Port-a-cath) para poder facilitar el manejo del paciente pediátrico oncológico, ya que permite poder suministrar cualquier tipo de tratamiento (ya sea quimioterapia o incluso sueroterapia) y extracción de sangre sin tener que pinchar en cada ocasión y sin correr el riesgo de extravasación del fármaco.

OBJETIVOS: Como objetivo principal es poder conocer cuales son los cuidados y el manejo necesario para realizar un mantenimiento adecuado de un reservorio venoso subcutáneo en un paciente oncológico pediátrico.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través de las palabras claves definidas en los diferentes buscadores y bases de datos como Medline o Pubmed. Se aplican unos criterios de inclusión y exclusión y se obtienen un total de 11 artículos. Los descriptores utilizados son las palabras clave mencionadas.

RESULTADOS: Un reservorio es un catéter venoso central de larga duración implantado en quirófano. Para su uso se utilizan medidas de asepsia, utilizando materia estéril en sus manipulaciones. Se deben usar jeringas de 10cc por la presión que ejerce o jeringas precargadas. (Para evitar una desconexión del catéter de la cámara). Antes de administrar cualquier medicación o al iniciar el turno se comprobará que refluye correctamente.

CONCLUSIÓN: La información sobre los catéteres venosos centrales y su manejo en el paciente pediátrico es escasa. Hay controversia en diferentes protocolos de los distintos hospitales que lo realizan en cuanto al manejo y mantenimiento de este. Se debería realizar una unificación de criterios de los distintos hospitales realizando una revisión bibliográfica en profundidad de todos los hospitales pediátricos.

PALABRAS CLAVE: RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO, PACIENTE ONCOLÓGICO, PEDIATRÍA, CUIDADOS, MANEJO.

ANÁLISIS DEL SÍNDROME MIELODISPLÁSICO: DIAGNÓSTICO, SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES Y TRATAMIENTO

MARÍA DOLORES BERRAL SERRANO, ANA ISABEL MELERO RIOS, LAURA MARÍA BERRAL SERRANO

INTRODUCCIÓN: El síndrome mielodisplásico es una enfermedad en la cual la médula ósea no funciona normalmente y no se producen suficientes glóbulos rojos normales.

OBJETIVOS: Analizar las complicaciones del síndrome mielodisplásico. Determinar los tratamientos y procedimientos más importantes para el tratamiento del síndrome mielodisplásico.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión sistemática, utilizando como fuente de información las siguientes bases de datos: Cinahl, Dialnet, Lilacs. Los descriptores empleados han sido: Síndrome mielodisplásico, anemia, trasplante de células, terapia dirigida. Con respecto a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10-ES), el síndrome mielodisplásico viene recogido bajo la clasificación D46.

RESULTADOS: La mayoría de la evidencia científica revisada demuestra que ocurre con mayor frecuencia en personas mayores, pero también pueden ocurrir en los jóvenes. En aproximadamente una tercera parte de los pacientes, el MDS puede progresar y convertirse en un cáncer de rápido crecimiento de las células de la médula ósea llamado leucemia mieloide aguda. Entre los signos y síntomas de un síndrome mielodisplásico se incluyen dificultad para respirar y sensación de cansancio.

CONCLUSIÓN: Es muy frecuente que el síndrome mielodisplásico aparezca con mayor frecuencia en personas mayores, pero también pueden ocurrir en los jóvenes. El signo más común es la anemia, lo que significa que no hay suficientes glóbulos rojos maduros para transportar oxígeno, se debe solicitar un análisis de sangre para obtener un recuento de cada clase de glóbulos en la sangre. Se utilizan cinco tipos de tratamiento estándar: Quimioterapia, otra terapia farmacológica, trasplante de células madre, cuidados médicos de apoyo y terapia dirigida.

PALABRAS CLAVE: ANEMIA, TERAPIA DIRIGIDA, SÍNDROME MIELODISPLÁSICO, TRASPLANTE DE CÉLULAS.

ESTUDIO DE FÁRMACO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS METOTREXATO

ROSA MARIA GARCIA CRESPO, ESTHER ALMODOVAR SALAS

INTRODUCCIÓN: El Metotrexato es un fármaco que se utiliza como quimioterápico en procesos cancerosos y en enfermedades autoinmunes, Se clasifica como un antineoplásico, inmunosupresor y antimetabolito del ácido fólico, ya que impide la formación de tetrahidrofolato necesario para la síntesis de ácidos nucleicos. La reacción adversa que presenta es muy toxico en dosis altas, depende de la cierta cantidad de fármaco presente en la sangre dentro de un periodo de tiempo. Especialmente tóxico dentro de la médula, suprimiendo la hematopoyesis afectando en la disminución temporalmente de glóbulos blancos, rojos y plaquetas, provocando anemia, neutropenia y trombocitopenia, afecta también a riñón e hígado.

OBJETIVOS: Revisar los casos de pacientes oncológicos desde el servicio de hematología, pediatría y urgencias pediátricas que han sido rescatados por superar la cantidad de Metrotexato en sangre.

METODOLOGÍA: Se precisará de suero del paciente, reactivo, autoanalizador, calibradores y controles. Los valores de referencia oscilan entre 0.04-1.2 μ Mol/l. Valores por encima deben de diluirse seriados con buffer diluyente para obtener un resultado más preciso, este valor se multiplicará por el factor de la dilución. Los niveles se valoran a las 24, 36, 42,48 horas iniciado el tratamiento, si los niveles exceden de 3 μ mol/l se realizan rescates con ácido fólico hasta que el nivel se encuentre por debajo de 0.25 μ Mol/l. La técnica se procesa en Cobas 6000 módulo 501 para técnicas que utilizan la reacción ag-ac para el análisis cualitativo/cuantitativo de sustancias en fluidos biológicos de polarización fluorescente.

RESULTADOS: Se realizaron 179 MTX, 59 solicitados por Hematología oncológica, 95 por Oncología Pediátrica y 25 urgencias de Pediatría de forma urgente. De esta cantidad 122 se encontraban entre 0.04-1.2 μ Ml, 35 entre 1.3-3 μ Ml y 22 eran >3 μ ml.

CONCLUSIÓN: Se rescataron a 8 pacientes con ácido fólico, éstos superaron la cantidad de MTX en sangre, sus analíticas presentaban Pancitopenia, fallo renal, indicativo de una posible contaminación.

PALABRAS CLAVE: ANTINEOPLÁSICO, INMUNOSUPRESOR, AUTOANALIZADOR, PANCITOPENIA.

ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

MARIA DE LA CRUZ PÉREZ GONZÁLEZ, SONIA LUPION MORALES, ISABEL GARCIA SERRANO

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cuello de útero es el tercero más común en mujeres mundialmente, con mayor incidencia entre los 40 y 50 años, las posibilidades de cura son directamente proporcionales a la precocidad del diagnóstico.

OBJETIVOS: Estudiar y analizar medidas preventivas y de detección de la enfermedad.

METODOLOGÍA: La búsqueda se realiza mediante una revisión sistemática bibliográfica de las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Dialnet, Cochrane, Medline, Cuiden Plus, los criterios de inclusión: artículos en los últimos 10 años, en español e inglés con acceso a textos completos. De 72 artículos revisados según los criterios de inclusión, seleccionamos 25, 14 tratan sobre medidas preventivas del cáncer cervicouterino (CC), 6 sobre la efectividad de los programas de detección y 5 sobre la adherencia de la población a dichos programas.

RESULTADOS: Los autores afirman que las intervenciones preventivas más utilizadas para el CC son las intervenciones educativas que abordan temas como el conocimiento general sobre la enfermedad, factores de riesgo y aptitudes preventivas. El método efectivo para la detección precoz de la enfermedad es la prueba del Papanicolaou o citología.

CONCLUSIÓN: Se requieren programas coordinados para llevar a cabo tales medidas y un continuo estudio y formación del tema, donde tiene un papel importante enfermería.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, CUELLO, ÚTERO, DETECCIÓN, PREVENCIÓN.

CARCINOMA DE VÍAS BILIARES EN MEDICINA NUCLEAR

MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ DELGADO, MARIA MONTSERRAT BARRERA GONZALEZ, PEDRO MILLAN BARRERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 70 años. NAMC. Fumador de 1 paquete al día hasta agosto de 2017. No bebedor. Antecedentes de cirrosis hepática por VHC (tratado en 1995 con interferón durante un año), HTA, hemocromatosis y litiasis biliar. Disnea, ictericia, prurito y dolor abdominal, náuseas y vómitos, a veces acompañados de diarrea, desde hace 3 meses. Acude al servicio de Medicina Nuclear para la realización de una PET-TC para una correcta estadificación de su enfermedad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: SatO2 basal 98% FC 95 lpm. No edemas. Analítica de sangre: Hb 8,6 Plaquetas 118000 Leucocitos 3360 TP 63% Glucosa 280 mg/dl Marcadores tumorales CA 19-9, CA-125 y CEA aumentados. TAC de tórax: lesión hiliar izquierda de 26X27X50 mm que afecta al bronquio principal inferior izquierdo y a sus ramas segmentarias, condicionando atelectasia del segmento medial de LII. PET-TC: pueden observarse varios focos de captación en la base de ambos pulmones, así como la presencia de tejido sólido hipermetabólico en el lóbulo hepático izquierdo y en el conducto cístico. Lesiones osteolíticas en el cuerpo del esternón.

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma de vías biliares o colangiocarcinoma. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cólico biliar.

CONCLUSIONES: El colangiocarcinoma es un tumor maligno originado en el epitelio de los conductos biliares intra o extrahepáticos. Es poco frecuente, representa menos del 2% de todos los tumores malignos, y suele aparecer en personas de edad avanzada. Clínicamente suele ser asintomático hasta que existen complicaciones añadidas y/o progresión tumoral por afección de estructuras vecinas (normalmente en el aparato respiratorio). Esta característica condiciona un diagnóstico tardío de la enfermedad y, por lo tanto, un mal pronóstico de los pacientes con este tipo de neoplasias. El único tratamiento eficaz que se conoce es la cirugía aunque en los casos irresecables se usa la radioterapia (normalmente no es efectiva). La estrategia quirúrgica agresiva, junto con una correcta estadificación, permite alcanzar un índice de resecabilidad >50%.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER VÍAS BILIARES, COLANGIOCARCINOMA, MEDICINA NUCLEAR, PET-TC, LITIASIS BILIAR.

LA MEDICINA NUCLEAR COMO CLAVE DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE PÁNCREAS

MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ DELGADO, MARIA MONTSERRAT BARRERA GONZALEZ, PEDRO MILLAN BARRERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 57 años diagnosticada de diabetes mellitus tipo 1. Antecedentes de cáncer de colon (padre) y cáncer de mama y ovario (abuela y tía maternas). Desde hace 2 meses tiene la sensación de estar muy cansada, habiendo perdido el apetito. Desde hace unas semanas presenta dolor en mesogastrio que se irradia al flanco derecho y a la espalda; orina colúrica y heces pálidas. Es derivada a Medicina Nuclear para la realización de una PET-TC para un mejor diagnóstico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TAC de abdomen: se aprecia masa de baja densidad que mide 17 mm de longitud alrededor de la vena porta que mejora su visualización con contraste dinámico. PET-TC: se detecta masa creciente en la cola del páncreas, así como un foco hipermetabólico en la escotadura del mismo. Se observan también múltiples lesiones óseas hipermetabólicas con patrón tomográfico mixto en casi la totalidad de la parrilla costal y en las vértebras D7-D11. Foco de captación de similares características en la cresta ilíaca izquierda.

JUICIO CLÍNICO: Cáncer de páncreas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pancreatitis crónica.

CONCLUSIONES: El cáncer de páncreas no es un tumor excesivamente frecuente (el 2,1% de todos los tumores), pero su incidencia ha aumentado de forma constante desde mediados del s. XX, llegando a ser la cuarta causa principal de muerte por cáncer. No causa síntomas de inmediato, y cuando éstos aparecen, suelen ser imperceptibles. No siempre se llega a obtener un diagnóstico preoperatorio definitivo en pacientes con antecedentes de pancreatitis crónica. Entre el 75 y el 95% de los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas mueren ya que se diagnostica tarde y se disemina rápidamente. La supervivencia tras un cáncer de páncreas no supera el 10% a los 5 años, siendo la supervivencia media inferior a 1 año en la enfermedad que no está limitada y que no es susceptible de un tratamiento quirúrgico radical.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER PÁNCREAS, MEDICINA NUCLEAR, PET-TC, PANCREATITIS CRÓNICA.

TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO CRÁNEO ESPINAL O NEUROEJE

JOSE MARIA VACAS DUEÑAS, ANGELES CARRERO BARRERA, MIGUEL ANGEL PALMA SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: Esta técnica está indicada en meduloblastomas, ependimomas, disgerminomas y en general en todos aquellos tumores que pueden diseminarse a través del L. C. R. El tratamiento se realiza en dos partes: por un lado se trata el cráneo y por otro la columna.

OBJETIVOS: Determinar las características del tratamiento radioterápico craneoespinal, también llamado neuroeje.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando descriptores relacionados con el tema a tratar.

RESULTADOS: Este tratamiento se lleva a cabo con el paciente en decúbito prono. Para la inmovilización del cráneo se utiliza una máscara termoplástica, mientras que para la espalda suele utilizarse un colchón de vacío o cuna alfa. La irradiación del cráneo se realiza mediante dos campos laterales. Mientras que el raquis se trata mediante uno o dos campos posteriores. En el caso de ser necesario más de uno, debe dejarse una separación o gap entre ellos, que debe desplazarse periódicamente para evitar posibles puntos calientes o fríos. En cuanto al tratamiento estándar, suelen darse 10 sesiones a nivel dorsal y lumbar y 15 craneal. Para ello, durante las 10 primeras sesiones se trata al paciente con 3 isocentros (craneal, dorsal y lumbar, o solo dos si se puede abarcar la columna en un solo campo) y las 5 siguientes sólo a nivel craneal. En cuanto a la dosis, esta suele ser de 54-55.8 Gy para la fosa posterior, y de 36 Gy para el neuroeje.

CONCLUSIÓN: Con esta técnica se puede dar un tratamiento completo al neuroeje a través de dos o tres isocentros.

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, NEUROEJE, TRATAMIENTO, CRANEOESPINAL.

PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN

MARIA BLANCA GÓMEZ CASTILLO, ROBERTO GARCÍA BARRIUSO, LOURDES VILLAFRUELA PELAZ, ELENA GARCÍA CAMARERO, MARIA ROSARIO ECHEVERRIA IBAÑEZ, DIANA FERNANDEZ AGUIRRE

INTRODUCCIÓN: Los citostáticos son sustancias utilizadas fundamentalmente en tratamientos oncológicos por su actuación inhibidora en la proliferación de células cancerígenas. Por su mecanismo de acción, pueden provocar, entre otros, efectos mutágenos, carcinógenos o teratógenos. Los profesionales de enfermería son los encargados de su administración, por lo que deben conocer el protocolo a seguir para evitar sucesos dañinos que afecten a la salud del trabajador y del propio paciente.

OBJETIVOS: Analizar los resultados tras la aplicación de sesiones formativas para obtener un protocolo de administración de citostáticos en personal de enfermería de nueva incorporación.

METODOLOGÍA: Realización de sesiones formativas en la Unidad para dotar al profesional de nueva incorporación de los conocimientos teóricos necesarios. La muestra el personal sanitario de esta unidad. Llevamos a cabo simulacros de administración de citostáticos que proporcionen habilidad en su manejo.

RESULTADOS: Todos los profesionales de nueva incorporación reciben formación del protocolo establecido según normas aceptadas internacionalmente. Se promueve la adherencia hacia prácticas seguras que hacen disminuir el riesgo de sucesos peligrosos. La formación es clave para evitar riesgos que repercutan tanto en el profesional como en el paciente.

CONCLUSIÓN: Para un uso seguro de citostáticos, que evite daños tanto al profesional como al paciente, es imprescindible el conocimiento de los protocolos. El profesional de nueva incorporación debe ser formado en su conocimiento, lo que llevará a una disminución y/o paliación de posibles efectos adversos. Las sesiones dentro de la propia Unidad son una buena herramienta para lograrlo.

PALABRAS CLAVE: CITOSTÁTICOS, PROTOCOLO, FORMACIÓN, ENFERMERÍA.

ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN LOS PACIENTES CON CÁNCER

CRISTINA PÉREZ LÓPEZ, GLORIA GUZMÁN ROJAS, ADRIANA MORENO RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer es actualmente una de las principales prioridades en salud pública por su frecuencia y mortalidad. El diagnóstico del cáncer suele tener un gran impacto en los pacientes que lo padecen, así como en sus familiares, interpretando este evento como una amenaza, y apareciendo en muchas ocasiones sentimientos de depresión, miedo y ansiedad.

OBJETIVOS: Analizar la aparición de ansiedad en los pacientes oncológicos y conocer las medidas no farmacológicas utilizadas para hacer frente a esta ansiedad.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica con los siguientes criterios de inclusión: estudios publicados a partir de 2015; disponibles en texto completo; escritos en castellano. Las bases de datos donde se realizaron las búsquedas son CINAHL Complete, Pubmed y Web of Science.

RESULTADOS: Tras el análisis de los estudios se ha podido observar que entre las principales causas que provocan la ansiedad se encuentran el diagnóstico de la enfermedad, la falta de información ante un tratamiento quirúrgico y la manera en que cada persona afronta la enfermedad. En los estudios analizados donde se han llevado a cabo medidas no farmacológicas complementarias al tratamiento oncológico se ha podido comprobar una mejora de los niveles de ansiedad.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de cáncer lleva asociado sentimientos de ansiedad, además, los tratamientos oncológicos también resultan estresantes para el paciente, por ello es importante incluir estrategias complementarias a estos y así conseguir contrarrestar o paliar esos efectos. Entre estas estrategias se encuentra la musicoterapia, de la cual se ha podido comprobar, que mejora la ansiedad en este tipo de pacientes. Podemos decir que, cada vez con mayor frecuencia, se integra el aspecto emocional del paciente oncológico en su tratamiento, pero que aún es necesario un mayor estudio de estas medidas complementarias para poder así mejorar los niveles de ansiedad y la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, TRATAMIENTO, CÁNCER, ENFOQUE PSICOLÓGICO.

DIAGNÓSTICO DE LESIÓN MALIGNA EN MAMA PROCEDENTE DE CRIBADO POBLACIONAL

ANA LORENA GARCIA POZO, PABLO MOLINA MARTIN, SONIA DAZA RUIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 64 años de edad que acude a su mamografía anual y observan una distorsión focal en CSE de MD. Le realizan una ecografía observando nódulo de 11.9 Mm. Irregular, mal definido, que se corresponde con lesión mamográfica. Tras confirmación de carcinoma se procede a intervención quirúrgica y posterior tratamiento radioterápico. En la actualidad con revisiones periódicas de control.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No palpación de nódulo. No alteraciones en piel ni del CAP. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Mamografía. Ecografía. BAG ecoguiado. RMN.

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma Ductal Infiltrante grado I. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Intervención quirúrgica de Carcinoma Ductal Infiltrante grado I. Exéresis de tumorectomía guiada con arpón. Aplicación de radiofrecuencia percutánea previo cierre de cavidad guiada por ECO. Ampliación de márgenes para estudio diferido. Incisión axilar derecha. Exéresis de ganglio centinela y ganglio secundario guiada por radiotrazador.

PLAN DE CUIDADOS: Curas locales de la herida con betadine. Uso de sujetador deportivo. Retirada de sutura (único hilo de sujeción) a los 7 días. Tratamiento analgésico con paracetamol y dexketoprofeno alternando cada cuatro horas. Posterior tratamiento radioterápico.

CONCLUSIONES: Evolución favorable gracias al diagnóstico precoz del cribado poblacional.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER DE MAMA, CRIBADO POBLACIONAL, PATOLOGÍA MAMARIA, MAMOGRAFÍA.

MAYOR ACTIVIDAD FÍSICA ASOCIADA CON MENOR RIESGO DE 13 TIPOS DE CÁNCER

MARÍA CRISTINA GOMEZ NAVARRO, FRANCISCA FERRERA FELIPE, SILVIA HIJANO DIAZ

INTRODUCCIÓN: La actividad física es esencial para mantener un equilibrio entre la cantidad de calorías consumidas y el número de calorías usadas. Cuando se gastan menos calorías de las que se consumen esto puede provocar obesidad, que los científicos han relacionado con mayores riesgos de padecer 13 tipos de cáncer diferentes.

OBJETIVOS: El objetivo es indicar que la actividad física puede reducir el riesgo de varios cánceres por otros mecanismos, sin considerar su efecto en la obesidad.

METODOLOGÍA: El método ha sido un nuevo estudio en el que se reunió datos de 1,44 millones de personas de 19 a 98 años de edad de los Estados Unidos y de Europa, y pudo examinar un amplio rango de cánceres. Los participantes tuvieron un seguimiento medio de 11 años durante los cuales ocurrieron 187. 000 Nuevos casos de cáncer.

RESULTADOS: Se confirmó que la actividad física estuvo asociada con menor riesgo de cánceres de colon del 40% al 50% menos riesgo de padecerlo , de mama del 30% al 40% y endometrio del 20% al 30%, además de otros 10 cánceres, teniendo las mayores reducciones de riesgo en adenocarcinoma de esófago, cáncer de hígado, cáncer gástrico del cardias, cáncer renal y leucemia mieloide. Todo ello sin que el 45% tuviera un índice de grasa elevado sino por que no practicaban el ejercicio ni tres veces en semana.

CONCLUSIÓN: Estudios clínicos en curso están examinando la actividad física o las intervenciones de ejercicios en la prevención, el tratamiento y el cuidado médico de apoyo del cáncer. Hay aún muchas preguntas que resolver pero de lo que si estamos seguros es de que la actividad física aporta muchos beneficios para nuestra salud.

PALABRAS CLAVE: EJERCICIOS, CÁNCER, MENOR RIESGO, PREVENCION, SALUD.

AISLAMIENTO INVERSO EN LOS PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

MANUEL MALDONADO FERNANDEZ, NOEMI CARMONA SUANES, ISABEL GALLEGO ÁLVAREZ

INTRODUCCIÓN: El aislamiento inverso es un tipo de aislamiento hospitalario consistente en proporcionar ambiente seguro para aquellos pacientes en estado de inmunosupresión a consecuencia de su patología. En los pacientes oncológicos debido a los tratamientos de quimioterapia y los procedimientos invasivos utilizados, se produce un estado de inmunosupresión que produce un mayor riesgo de sufrir enfermedades infecciosas procedentes de fuentes externas e internas.

OBJETIVOS: Identificar las medidas específicas de prevención que se debe seguir en este tipo de aislamiento, así como las medidas básicas para evitar infecciones en pacientes oncológicos.

METODOLOGÍA: Se realizó búsqueda sistemática de trabajos publicados en bases de datos como Elsevier, Cuiden, Scielo. Como descriptores de búsqueda se utilizaron los términos “aislamiento”; “protección”; “oncología”; “Infección”. De los artículos encontrados se seleccionó la información más destacada para el desarrollo de la presente revisión.

RESULTADOS: Los estudios analizados indican que se deberán de tomar precauciones de carácter universal cuando se aisle a un paciente oncológico. Además el paciente debe estar ubicado en box o habitación individual que le proporcione un ambiente seguro, con presión de aire positiva y doble puerta sellada. Además , los estudios indican que todo el personal sanitario involucrado en el cuidado o que tenga contacto con el paciente deberá usar equipo de protección individual, consistente en batas, guantes y mascarilla quirúrgico, y el cual se colocará antes de entrar en la habitación; y se deberá de realizar higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente.

CONCLUSIÓN: Las medidas de prevención adoptadas para estos pacientes permitirán reducir el riesgo de padecer infecciones y sus complicaciones que constituyen una de las causas más importantes de morbi-mortalidad en los pacientes oncológicos.

PALABRAS CLAVE: AISLAMIENTO, INMUNOSUPRESIÓN, GUANTES, MASCARILLA.

DETERMINAR MEDIDAS PARA UNA CORRECTA EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

ALVARO TORTOSA MARTÍNEZ, MARIA PATROCINIO MANZANO LOPEZ, ISABEL LETICIA MANZANO LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: La quimioterapia antineoplásica (citotóxico) es una de las variedades en el tratamiento de los tumores malignos. Los citotóxicos se clasifican en vesicantes, irritantes y no agresivos, en función de su capacidad de lesión tisular. La complicación más grave es la extravasación durante su administración intravenosa. Se considera una emergencia, con una incidencia entre el 0,1 y el 6%. Su morbilidad está relacionada con la cantidad, concentración y características del fármaco, así como la localización y el dispositivo usado para el acceso venoso, el estado de salud del paciente y la adecuada actuación. La reducción de la incidencia debe centrarse en la prevención: utilización de protocolos de trabajo, utilización de accesos venosos centrales y la capacitación de los profesionales.

OBJETIVOS: Adoptar medidas consensuadas basadas en la evidencia disponible, garantizar una actuación rápida, segura y eficaz, adoptar intervenciones de enfermería unificadas basadas en la evidencia, antes, durante y después de una administración de citostáticos.

METODOLOGÍA: La selección de artículos se hace en base a los siguientes criterios de inclusión : Artículos publicados en español e inglés, durante los últimos 10 años. En la revisión de la literatura se han utilizado las bases de datos: CUIDEN, IME, SCOPUS-ELSEVIER, IBECs, SCIELO, DIALNET Y RECOLECTA.

RESULTADOS: Todos los estudios revisados coinciden en la importancia de adoptar protocolos normalizados de actuación segura de administración de citostáticos y actuar de manera inmediata para minimizar los daños producidos.

CONCLUSIÓN: El mejor tratamiento es la Prevención. Ante una extravasación las medidas varían dependiendo del agente extravasado y la intensidad de las lesiones. Se hace necesaria la implicación y compromiso de los profesionales de Enfermería especializados para conocer el potencial tóxico de los agentes citostáticos y las complicaciones que ocasiona cuando se extravasa. La capacitación profesional es uno de los ejes centrales de la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: EXTRAVASACIÓN, QUIMIOTERAPIA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PROTOCOLOS ANTINEOPLÁSICOS.

EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN EL CÁNCER DE TESTÍCULOS

EULOGIO MARCHENA BENITEZ, MARIA INMACULADA SOTO RONDÁN, GERARDO MORENO LUZON

INTRODUCCIÓN: El epitelio germinal que conforma a los testículos es muy radiosensible, pero este también tiene una tasa de recuperación alta, lo cual hay que tenerlo en cuenta a la hora de diseñar el tratamiento radiactivo de este tipo de tumores.

OBJETIVOS: Determinar el tratamiento del cáncer testicular en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas en la cual se consultaron diversas bases de datos utilizando los descriptores: radioterapia, cáncer, testículo, seminoma, tratamiento.

RESULTADOS: Para tumores de 0 a 2 cm se recomienda una dosis de 20-25 Gy ya que con esto se controla más del 95% de la enfermedad. Para tumores de 2 a 5 cm de diámetro pueden ser controlados en el 80% de los casos con dosis de 30-40 Gy. Si la masa supera los 5 cm se prescriben dosis de unos 40 Gy, pero la tasa de curación descienda al 60-70%. Debido a la alta dosis y el volumen del tumor en este tipo de casos se contraindica la radioterapia como tratamiento inicial ya que pueden verse afectados los órganos abdominales debido a que no toleran dosis tan altas. El número de sesiones depende del caso, pero normalmente se recomiendan sesiones diarias de lunes a viernes durante 3 a 5 semanas. Los resultados obtenidos tras la búsqueda es que la radiación testicular tras la cirugía en estadios precoces son excelentes: supervivencias del 95-100%.

CONCLUSIÓN: Tratamiento con campos de irradiación más limitados y dosis menores ha contribuido a la disminución de la toxicidad radioinducida. En la actualidad un gran número de hospitales están realizando una vigilancia de los pacientes después de la cirugía para poder identificar quienes se benefician de la radioterapia como tratamiento adyuvante.

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, SEMINOMA, TRATAMIENTO, CÁNCER, TESTÍCULO.

PREVENCIÓN DE LA RADIODERMITIS EN EL CÁNCER DE MAMA

ANDREA HUERGA ÁLVAREZ, MARIA MORA ORTEGA, CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ, ELENA CACHARRÓN MAIRA

INTRODUCCIÓN: La radiodermitis se define como el conjunto de lesiones cutáneas que aparecen tras la exposición de la piel a radiaciones ionizantes. La mayoría de los pacientes con cáncer de mama sometidos a radioterapia desarrollan algún grado de toxicidad cutánea. La radiodermatitis aguda ocurre en los primeros 6 meses de recibir radiación. La severidad de la reacción se mide en un espectro que va desde eritema leve y descamación seca, hasta la descamación húmeda más severa y eventualmente ulceración, clasificación presentada por la Radiation Therapy Oncology Group (RTOG).

OBJETIVOS: Conocer los medios que pueden llevarse a cabo para prevenir la radiodermitis en pacientes sometidas a radioterapia con cáncer de mama.

METODOLOGÍA: A través de una revisión bibliográfica. La búsqueda se realizó en enero de 2018, en distintas bases de datos: PubMed, ScienceDirect, Medline, Scielo y Google Académico. La estrategia de búsqueda fue la siguiente: a través de la opción de búsqueda avanzada y delimitando los resultados a textos completos gratuitos. Se utilizaron los siguientes descriptores y booleanos: Radiodermitis AND prevention AND breast cancer.

RESULTADOS: La medida principal para la prevención primaria es el correcto lavado y secado de la piel, sobre todo la zona irradiada; seguido de una buena hidratación, tanto interna como externa. Uso de cremas hidratantes exentas de alcohol, emulsión con ácido linoleico y ácido hialurónico. En tratamiento pueden usarse cremas tópicas con corticoides de nivel medio y alto para la prevención del prurito, cremas a base de sulfadiazina argéntica para disminuir la gravedad de las reacciones cutáneas en las irradiaciones mamarias. Los apósitos de poliuretano pueden utilizarse en cualquier grado de la radiodermitis.

CONCLUSIÓN: Los objetivos de enfermería en el seguimiento de pacientes que reciben radioterapia serán mantener la integridad cutánea, limpieza de la zona, reducción del dolor y comodidad del paciente, prevención y manejo de posibles infecciones.

PALABRAS CLAVE: RADIODERMITIS, RADIODERMITIS AGUDA, TOXICIDAD CUTÁNEA, RADIOTERAPIA, PREVENCIÓN.

LOS SÍNTOMAS Y EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO

ANA MARIA MANRIQUE ROMERO, GEMMA CAMACHO MOLINA, ELENA LAZARO DIEST

INTRODUCCIÓN: El cáncer de estomago es un tumor maligno del estomago cuya frecuencia esta disminuyendo en Estados Unidos y Europa Occidental. Se cree que en su origen intervienen factores dietéticos, pero aun no se conoce su etiología. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres, y alcanza su máximo entres los 50 y los 59 años de edad.

OBJETIVOS: Determinar los síntomas y el tratamiento del cáncer de estomago.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en diferentes bases enfermeras como pueden ser: Dialnet, Cochrane, Scielo y Pumed. Se encuentran 27 artículos relacionados con el tema y se escogen 3 por mayor relevancia y afinidad con el tema.

RESULTADOS: Los síntomas del cáncer de estomago consisten en molestias epigástricas vagas, anorexia, pérdida de peso y anemia ferropénica inexplicada; pero muchos casos son asintomáticos en los estadios precoces y el agrandamiento metastásico del ganglio supraclavicular izquierdo puede constituir la primera manifestación. Entre las técnicas diagnosticas figuran la determinación de sangre oculta en heces, el análisis del jugo gástrico, el estudio radiológico del tracto intestinal alto con papila de bario, el examen de la mucosa gástrica con endoscopio flexible, la biopsia y el estudio citológico de las células tumorales exfoliadas. Aproximadamente el 97% de los tumores gástricos son adenocarcinomas, que pueden tener carácter ulcerado, polipoide, difuso y fibroso, o constituir en lesiones de extensión superficial; los linfomas y leiomiomas representan menos del 3 %.

CONCLUSIÓN: De modo habitual se recomienda la gastrectomía subtotal radical, con extirpación de los tejidos contiguos afectos, reconstrucción mediante anastomosis del resto del estomago al duodeno o el yeyuno. La gastrectomía total produce altas cifras de morbilidad y mortalidad, y generalmente provoca anemia perniciosa. Se recomienda la irradiación postoperatoria para destruir los residuos microscópicos del tumor; para tratar el cáncer gástrico metastásico avanzado se emplean diversas combinaciones de antimetabolitosantineoplásicos.

PALABRAS CLAVE: TUMOR, MALIGNO, CÁNCER, ESTÓMAGO.

PAUTAS DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOPEDIÁTRICO

CONCEPCION INMACULADA FORTES MILLÁN, LUISA GALLARDO JIMENEZ, MONTSERRAT RUIZ SAEZ

INTRODUCCIÓN: El niño oncológico padece signos y síntomas de mal estar como el dolor, que a veces son dificultosos de identificar. Esto quita al paciente calidad de vida ,también hace sentir, intranquilidad, angustia al familiar y a su personal sanitario. Identificar el dolor no es fácil pero si su aparición se puede prever ,se pueden tomar medidas precisas para evitar efectos dolorosos para el paciente como profilaxis. Neonatos y lactantes no suelen interpretar estímulos de dolor,esto nos supone un efecto negativo debido a la inmadurez de los mismos.

OBJETIVOS: Analizar las pautas del dolor en el paciente oncopediátrico.

METODOLOGÍA: Cursos de formación y actualización dedicado al personal sanitario que está en contacto con pacientes oncopediátricos, para conocer,identificar el tipo de analgesia o ayuda psicológica adecuada en cada momento de su enfermedad.

RESULTADOS: Debemos saber que tratamiento es el más adecuado dependiendo de la intensidad del dolor. Identificando el mismo a través de comportamientos,escalas y alteraciones fisiológicas. Proporcionar pautas con dosis que obtengan eficacia, hasta alcanzar que el niño esté tranquilo y sin dolor. De vital importancia es ayudar psicológicamente al niño consciente de su estado,junto a sus familiares.

CONCLUSIÓN: Se asocian mejorías en el manejo de analgesias y disminución de la misma gracias al tratamiento psicológico ,dada su necesidad en momentos de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: MEDIDAS, DISMINUIR, DOLOR, ONCOPEDIÁTRICO, PAUTAS.

PACIENTE ONCOLÓGICO QUE PRESENTA NEUTROPENIA

RAQUEL HERRERA ALVAREZ, ISABEL MARIA HERRERA ALVAREZ, MANUEL DAVID REGO FLORES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 51 años que acude al servicio de urgencias por fiebre de 38°C y astenia. Paciente en seguimiento por oncología médica por adenocarcinoma ovárico en tratamiento actual con quimioterapia, recibiendo el último ciclo la semana pasada. No refiere tos, ni clínica miccional. Presenta molestias y enrojecimiento en la zona del port-a-cath. Antecedentes personales: Histerectomía e ileostomía.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aceptable estado general, consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo. TA: 111/78 mmHg. FC: 83 lpm. SpO2: 98% ACP: Tonos rítmicos, MVC, no soplos audibles. Abdomen: blando, depresible, no se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. MMII: sin edemas, ni signos de TVP. Analítica (Hemograma: Hb 9,9mg/dl. Leucocitos 1460/ mmc, plaquetas 173000/mmc, neutrófilos 490/mmc. Bioquímica aceptable). S/A orina: leucocitos y nitritos negativos. Rx Tx: sin hallazgos de interés. Extraídos hemocultivos, cultivos de port-a-cath y urocultivo.

JUICIO CLÍNICO: Neutropenia febril post quimioterapia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neutropenia febril, infección port-a-cath.

CONCLUSIONES: La neutropenia febril es una dolencia caracterizada por fiebre y un recuento de neutrófilos en sangre inferior a 1000/mm³. Los neutrófilos son un tipo de glóbulos blancos encargados de combatir las infecciones. Estando a la espera de los resultados de cultivos se decide el inicio de antibioterapia. La paciente queda ingresada a cargo de oncología médica solicitándose aislamiento debido a la situación de inmunosupresión.

PALABRAS CLAVE: ADENOCARCINOMA OVÁRICO, NEUTROPENIA, FIEBRE, NEUTRÓFILOS.

ABORDAJE DE CRISIS COMICIAL EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

RAQUEL HERRERA ALVAREZ, ISABEL MARIA HERRERA ALVAREZ, MANUEL DAVID REGO FLORES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 71 años que acude a urgencias por crisis comicial. Además la familia refiere deterioro neurológico progresivo con encamamiento, afasia y negativa a la ingesta. No fiebre termometrada, ni otra clínica añadida. Empeoramiento desde inicio de QT-RT. Antecedentes personales: Glioblastoma multiforme rolándico izquierdo intervenido sin signos de recidiva. Ictus lacunar en tálamo izquierdo sin secuelas. DM en tratamiento con ADOS, HTA.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG, COC, afasia motora, hemiparesia derecha, eupneica en reposo. TA 138/90 mmHg, FC 100 lpm, SpO2 basal 95-96 %, afebril. ACP: tonos rítmicos, sin soplos audibles. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Anodino. MMII: no edemas, ni signos de TVP. Pruebas complementarias: Analítica normal, salvo glucemia 130 mg/dl y PCR 5.4. RMN Craneal: lesión en tercio superior de clivus que se recomienda valorar mediante un TAC para plantear diagnóstico diferencial entre metástasis, lesión ósea primaria, o menos probable, macroadenoma hipofisario invasivo.

JUICIO CLÍNICO: Crisis comicial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Crisis comicial secundario a progresión a la enfermedad, metástasis, macroadenoma hipofisario y lesión ósea primaria.

CONCLUSIONES: La crisis convulsiva se trata de una disfunción cerebral súbita o repentina que hace que la persona se desplome, tenga convulsiones o presente otras anomalías cerebrales, pudiendo ir acompañado de cambios en el nivel de conciencia o su pérdida. Dicha paciente es valorada por neurología modificando tratamiento y por parte de neurocirugía se decide no realizar ninguna actitud quirúrgica. Se procede a su ingreso hospitalario para continuar tratamiento y su estudio.

PALABRAS CLAVE: CRISIS COMICIAL, GLIOBLASTOMA MULTIFORME, DETERIORO, CLIVUS.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES EN EL CÁNCER DE MAMA

ISABEL ATIENZA ALVAREZ, ELOISA ATIENZA ALVAREZ, IRENE RUIZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: El tumor que mayor incidencia, prevalencia y mortalidad tiene a nivel mundial es el cáncer de mama. Siendo objetivo prioritario reducir la probabilidad de padecer cáncer, existiendo pocas investigaciones que relacionen los hábitos de vida con la mayor predisposición.

OBJETIVOS: Conocer que hábitos de vida pueden afectar a una mayor predisposición de padecer cáncer de mama, en personas mayores de 18 años.

METODOLOGÍA: El diseño se realiza a partir de una revisión integradora en las bases de datos Medline (Pubmed), Lilacs, Cuiden Plus, Cochrane y Scielo. Los tipos de estudios usados han sido ensayos clínicos que evalúan los factores de riesgo asociados a la aparición de cáncer de mama, desde enero de 2014 a enero de 2018, sin restricción de lugar de publicación y limitando el idioma a castellano e inglés. El análisis de los datos se realiza a través de una síntesis cualitativa de las variables, sociodemográficas, reproductivas y ginecológicas, antropométricas, estilo de vida y morbilidad.

RESULTADOS: Tras realizar este proyecto 10 estudios evaluaron los factores de riesgo relacionados con la aparición de cáncer de mama, donde en la mayoría de los estudios mostraron que la nuliparidad, los embarazos en edades tardías y el estado pos-menopáusico son factores de riesgo para la aparición del cáncer de mama, así como la ingesta de grasas, la obesidad y el sobrepeso, la exposición a determinados factores ambientales y el nivel educativo. Y actúan como agentes protectores la lactancia materna y la ingesta prolongada de suplementos de vitamina D.

CONCLUSIÓN: Pese a ser uno de los tumores más investigados, se necesita más información para poder extraer mayores conclusiones y mayor educación para eliminar los tópicos que rodean a esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, PREVALENCIA, LACTANCIA MATERNA, CÁNCER, HÁBITOS DE VIDA.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LINFEDEMA DEL MIEMBRO SUPERIOR EN MUJERES TRATADAS DE CÁNCER DE MAMA

INMACULADA GONZALEZ FUNES, LUCIA JIMENEZ MOLINA, ISABEL MARIA OVIEDO CARO

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. La resección quirúrgica de ganglios axilares y vasos linfáticos y el tratamiento de radioterapia y quimioterapia conducen a una obstrucción de las vías de drenaje linfáticas del miembro superior. La resultante es el linfedema. La prevención y el tratamiento del linfedema son de gran índole en la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama.

OBJETIVOS: Conocer los tratamientos existentes para el manejo del linfedema del miembro superior en el cáncer de mama. Determinar la importancia de la prevención del linfedema en pacientes con cáncer de mama.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos Medline, Lilacs, PubMed, Scielo y Crochane Library Plus. Se encontraron artículos tanto en inglés como en español y se limitó la búsqueda al periodo comprendido de 2015 a 2018. El total de artículos que se han utilizado para la revisión son 8.

RESULTADOS: El tratamiento del linfedema debe ser lo más precoz posible y multimodal. La variedad de tratamiento incluye: Tratamiento mecánico (Elevación del miembro afectado, compresión elástica, presoterapia, DLM, vendajes compresivos), tratamiento medicamentoso y tratamiento quirúrgico del linfedema. Para la prevención del linfedema son esenciales las medidas higiénico-dietéticas y los ejercicios respiratorios y de movilidad de la mano y codo.

CONCLUSIÓN: El linfedema postratamiento de cáncer de mama interfiere con la funcionalidad de la extremidad. Es necesario inculcar a las pacientes unas normas de higiene de vida y educación sanitaria para prevenir en lo posible la aparición del linfedema, así como tratar debidamente su evolución y cronicidad. El DLM es la técnica de mayor eficacia en el tratamiento fisioterápico del linfedema secundario al cáncer de mama y se consiguen mejores resultados cuando se combina con otras técnicas como la presoterapia, vendaje compresivo o ejercicios.

PALABRAS CLAVE: LINFEDEMA, CÁNCER DE MAMA, TRATAMIENTO, MIEMBRO SUPERIOR.

METÁSTASIS TESTICULAR DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

INÉS SAUCEDO GIMENEZ, ELBA CANELÓN CASTILLO, MAXIM SHUB SKORNIAKOV

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 43 años intervenido en enero de 2013 de nefrectomía radical derecha por masa en hemiriñón inferior de 75x57x60 mm compatible con adenocarcinoma renal bien delimitado sin afectación de la grasa perirrenal ni del hilio renal. La anatomía patológica de la pieza fue definida como carcinoma de células claras de patrón sólido con ausencia de necrosis, grado de Fuhrman 2.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras intervención el paciente se encuentra asintomático en seguimiento por oncología, visualizándose en TAC de control 2 nódulos pulmonares milimétricos estables hasta la actualidad. En RMN de control en abril de 2016 se visualizan 2 lesiones en glándula suprarrenal derecha y 1 en la izquierda en seguimiento por ligero aumento de tamaño de una de ella. En noviembre de 2016 el paciente refiere bultoma testicular derecho y se confirma lesión nodular intraparenquimatosa testicular derecha compatible con lesión tumoral.

JUICIO CLÍNICO: Metástasis testicular de carcinoma de células renales. **PLAN DE CUIDADOS:** Ante el diagnóstico de lesión tumoral intraparenquimatosa se decide orquiectomía derecha cuya anatomía patológica fue metástasis de carcinoma renal de células claras. Actualmente se encuentra estable en seguimiento, pendiente de PET para intentar esclarecer el origen de las lesiones suprarrenales.

CONCLUSIONES: El significado pronóstico de la metástasis testicular de un carcinoma de células renales es incierto. La metástasis testicular de carcinoma de células renales es infrecuente, en la literatura actual hay publicados una treintena de casos. Es fundamental el seguimiento y exploración física en los pacientes con antecedente de carcinoma de células renales.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES, NEOPLASIA, METÁSTASIS, TESTÍCULO.

INCIDENCIA Y MORTALIDAD DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DEL CARCINOMA MAMARIO EN ESPAÑA

ANA MARIA MURES URBANO, CECILIA MORENO DIAZ, MARTIN JAÉN ROMERO

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina y es la causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres en nuestro país. La mamografía es el estudio de la mama realizado donde se usa radiación ionizante para la detección y manejo de la enfermedad de la mama. Es el único procedimiento diagnóstico que está aceptado internacionalmente para el estudio de cáncer mamario.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar la incidencia y mortalidad de varios tumores frente al carcinoma de mama.

METODOLOGÍA: Para la realización de este estudio se hace una valoración de la incidencia y mortalidad según CMBD en el año 2013, del cáncer de mama, colorrectal, útero, ovario, pulmón, estómago, páncreas, melanoma, otros... y se comparan entre sí.

RESULTADOS: Cáncer incidencia mortalidad La incidencia del carcinoma de mama es de un 28,2% frente a la mortalidad de 15,9%. El tumor colorrectal es incidente en un 15,7% con un porcentaje de mortalidad de un 15,9. El cáncer de útero tiene una incidencia de 5,7% y mortalidad de un 3% y el de Ovario recibe la incidencia de 4,1% y mortalidad de 4,8%. El cáncer de pulmón aparece con un 5% y una mortalidad del 7,8%. El cáncer de estómago es incidente en un 33,7% y su mortalidad es del mismo porcentaje que la incidencia. Los tumores de páncreas aparecen con un 3% de incidencia y un 3% de mortalidad. Los melanomas son incidentes en un 2,6% y mortales 2,6%. Otros tumores son incidentes en un 2% y mortales en un 13,3%.

CONCLUSIÓN: Al realizar el estudio se refleja que la mama tiene un porcentaje alto de incidencia de cáncer pero a la vez tiene un alto porcentaje de curación, ya que hoy en día con la detección precoz al existir el mínimo riesgo se seguiría en estudio pautado.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, MAMA, INCIDENCIA, MUERTE.

PREVENCIÓN ENFERMERA EN EL CÁNCER DE CÉRVIX

JAVIER HERRERA CLAVIJO, PEDRO VICENTE MARIN SERENO, SARA JIMÉNEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cérvix es uno de los más frecuentes y con alta prevalencia en España, solamente por detrás del cáncer de mama. El agente causal es el virus del papiloma humano (VPH), una enfermedad de transmisión sexual surgida por diversos factores de riesgo.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo del cáncer de cérvix y determinar el abordaje enfermero para su prevención.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica con las bases de datos Scopus y Pubmed utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): enfermería, prevención, cáncer de cérvix, factor de riesgo. Se han utilizado artículos entre 2012 y 2016 en idiomas, español e inglés.

RESULTADOS: No existe una manera absoluta para prevenir el cáncer de cérvix, pero es posible tomar ciertas medidas que pueden ayudar a reducir su riesgo. La prevención del cáncer de cérvix se basa en la detección precoz tras la realización de una citología de Papanicolau es la más utilizada y con gran efectividad.

CONCLUSIÓN: La prevención es un pilar fundamental ante el cáncer de cérvix. Cada vez es mayor la prevalencia en esta enfermedad y por ello, enfermería tiene un papel fundamental en la educación a la ciudadanía y la transmisión de conocimientos en atención primaria de las medidas de prevención ofertadas, la realización de una citología Papanicolau para su detección precoz de cualquier cáncer de cérvix y previa vacunación del VPH en mujeres adolescentes.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, ENFERMERÍA, CÁNCER DE CÉRVIX, FACTOR DE RIESGO.

EVALUACIÓN DEL USUARIO SOBRE PRIMERA CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA TRAS 6 MESES DE FUNCIONAMIENTO. RESULTADOS DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

FERNANDO CALVO-RUBIO GARCIA, RAQUEL CANDIL VARGAS

INTRODUCCIÓN: En noviembre de 2016, en la unidad de hospitalización de día del Hospital General Mateu Orfila, se creó una consulta de enfermería oncológica con el objetivo de proporcionar cuidados integrales e individualizados al paciente oncológico y a su familia, a través de un profesional de enfermería de referencia. Este realiza una acogida del usuario en la unidad previo al inicio de quimioterapia, garantiza una correcta educación para la salud, explica circuitos y esquemas de tratamiento, fortalece el auto cuidado y actúa como coordinador del cuidado del paciente derivando a otros especialistas del equipo cuando es preciso.

OBJETIVOS: Analizar la calidad de la consulta de enfermería mediante resultados de cuestionarios de satisfacción facilitados a pacientes tras 6 meses de funcionamiento. Determinar medidas para conocer opinión y propuestas de mejora de los usuarios.

METODOLOGÍA: Creación de un breve cuestionario de satisfacción del usuario, conservando el anonimato; compuesto por preguntas abiertas y cerradas. Se recogieron 20 encuestas debidamente cumplimentadas entre los meses de abril-mayo de 2017.

RESULTADOS: El 100% de los usuarios recibió adecuada información por parte de su enfermera referente. 19 De 20 encuestados se encuentra de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación: “La información facilitada por enfermería contribuyó a disminuir mi nivel de ansiedad/miedo ante el 1º ciclo de quimioterapia”. Los temas sobre los cuales les gustaría recibir más información son: Actividad ejercicio , alimentación , cuidados personales , sexualidad , medicinas alternativas. Ante la pregunta ¿Qué mejoraría de la unidad de hospital de día? El horario o tiempos de espera.

CONCLUSIÓN: La creación de la consulta de enfermería oncológica ha mejorado la unidad, al facilitar un mayor vínculo enfermera-paciente, aumentar la satisfacción del usuario, así como, minimizar sentimientos de incertidumbre, ansiedad o miedo aparecidos tras el diagnóstico de cáncer y posterior inicio de quimioterapia.

PALABRAS CLAVE: CONSULTA, ENFERMERIA, ONCOLOGIA, CUESTIONARIO.

CUIDADOS Y MANEJO DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INMACULADA JIMÉNEZ VALENZUELA, NAZARET MARIA JIMÉNEZ VALENZUELA, BEATRIZ GALAN SENDRA

INTRODUCCIÓN: El reservorio venoso subcutáneo es un dispositivo de pequeño tamaño que se utiliza para la administración de fármacos o medicación intravenosa (quimioterapia) y la extracción de sangre. Consiste en un catéter con una cámara de silicona que se introduce en el interior de una vena de gran calibre, colocándose normalmente en el tórax.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados y el manejo del reservorio venoso subcutáneo por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica de los últimos 6 años (2012-2018) sobre publicaciones acerca de los cuidados y el manejo del reservorio venoso subcutáneo por parte del personal de enfermería dentro del ámbito comunitario en las siguientes bases de datos: Lilacs y ScieLo. Utilizando los descriptores en español sobre ciencias de la salud (DeCS), empleando los siguientes descriptores: atención primaria, cuidados reservorio, intervenciones enfermeras y reservorio venoso subcutáneo. Seccionando un total de 18 artículos por diversos criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS: Los resultados ponen de manifiesto que la técnica de la punción es la siguiente: informar al paciente sobre la técnica, preparar el campo estéril, desinfectar la zona, clampar la alargadera, localizar mediante palpación el lugar de punción, introducir la aguja de forma perpendicular, desclampar y aspirar, lavar el sistema con heparina, clampar el sistema y colocar un apósito. La técnica de sellado es la siguiente: colocar el campo estéril, lavar el sistema con heparina, clampar el sistema, sujetar el lugar de punción, retirar la aguja con un movimiento firme, presionar la zona con una gasa antiséptica y colocar un apósito.

CONCLUSIÓN: Queda evidenciado científicamente que una adecuada utilización y mantenimiento del reservorio venoso subcutáneo, reduce la aparición de infecciones, mejorando la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA, CUIDADOS RESERVORIO, INTERVENCIONES ENFERMERAS, RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO.

PACIENTE CON DIARREA: CASO CLÍNICO

CRISTINA MEDINA SENDRA, LORENA DÍAZ SÁNCHEZ, EMILIO SERRATO DE LA TORRE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 80 años que acude a Urgencias con diarrea de dos días de evolución. Las heces son acuosas, malolientes y amarillentas. No presenta náuseas, vómitos ni fiebre. Refiere tener disuria y polaquiuria, señalando además que los episodios diarreicos coinciden con la diuresis. Tiene antecedentes de HTA, DM tipo 2, incontinencia urinaria y artrosis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente con buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Bien hidratada y perfundida. Abdomen blando y depresible, sin megalias ni masas. No doloroso a la palpación. Tonos cardíacos rítmicos. TA 144/80 FC 114 lpm Sat. O2 98% Se extrae muestra de sangre, y muestra de orina mediante sondaje vesical. El aspecto de la orina es facaloideo. Se realiza TAC abdominal, en el que se objetiva proceso neoformativo en colon sigmoide con trayecto fistuloso hacia vejiga y múltiples adenopatías.

JUICIO CLÍNICO: Neoplasia estenosante en recto. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Enfermedad Inflamatoria Intestinal, diarrea e ITU secundaria, gastroenteritis.

CONCLUSIONES: Finalmente el paciente fue intervenido para la realización de colostomía y fistula mucosa en fosa ilíaca izquierda. Además fue incluida en el programa de cuidados paliativos para su control y seguimiento de manera domiciliaria.

PALABRAS CLAVE: DIARREA, GASTROENTERITIS, TUMOR, FÍSTULA, DIARRHEA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE DÍA-ONCOLOGÍA

ROCIO LOPEZ FERNANDEZ, LAURA TIRADO NUÑEZ

INTRODUCCIÓN: Es una unidad que ofrece cuidados especializados, y administración de tratamientos sin necesidad de estar ingresados.

OBJETIVOS: Este estudio tiene como objetivo analizar la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de oncología.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos de la literatura científica.

RESULTADOS: El auxiliar de enfermería proporcionará una atención óptima a los pacientes atendidos de forma ambulatoria y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados especializados durante todo el proceso oncológico. El auxiliar de enfermería realizará todas aquellas actividades encaminadas a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente y familia durante todo el proceso. Ordenando, desinfectando, esterelizando los materiales no desechables, conservándolos y manteniéndolos. Realizará las actividades dirigidas a prevenir la seguridad del paciente. También realizará la atención telefónica y las peticiones a farmacia, almacén, mantenimiento, etc... Es atender al paciente oncológico a lo largo de todo su proceso, facilitándole el acceso a los servicios de salud y aumentar los recursos alternativos comunitarios para la atención del paciente oncológico.

CONCLUSIÓN: Una vez más se demuestra la importancia del auxiliar de enfermería dentro del equipo multidisciplinario. Garantiza los cuidados y el confort del paciente, evitando la fragmentación asistencial.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ESPECIALIZADOS, ATENCIÓN ÓPTIMA, APOYO PSICOLÓGICO, CONFORT.

ROL DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA AVANZADA EN LA COORDINACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

FERNANDO CALVO-RUBIO GARCIA, RAQUEL CANDIL VARGAS

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, el abordaje del paciente oncológico es complejo, siendo imprescindible mantener una visión integral del mismo en todas sus esferas: biopsicosocial, laboral y familiar. Por todo lo anterior, es de capital importancia, la atención por parte de un equipo multidisciplinar. Siendo también necesario, disponer de una adecuada coordinación y comunicación entre cada uno de estos profesionales implicados en la búsqueda de la excelencia en cuidados.

OBJETIVOS: Analizar el rol de la enfermería oncológica de practica avanzada dentro del equipo multidisciplinar.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, descriptivo. Ámbito: Hospital Mateu Orfila, unidad: Hospital de día oncológico.

RESULTADOS: La creación en noviembre de 2016 de una consulta de enfermería oncológica con personal de referencia por patologías, supuso mayor autonomía del rol propio enfermero. Asumiéndose la responsabilidad de: acogida del paciente y familiares en unidad, explicación de circuitos y esquemas de tratamiento, formador en prevención de complicaciones, control de efectos secundarios y toma de decisión en la elección de dispositivos venosos para administración de quimioterápicos, así como la instauración de catéteres centrales de inserción periférica, entre otros aspectos. Siendo, por tanto, competentes en la realización de una valoración integral previa al inicio del tratamiento pautado, mediante la cumplimentación de diversas escalas y cuestionarios que permiten coordinar derivaciones al resto del equipo interdisciplinar de forma protocolizada.

CONCLUSIÓN: Las enfermeras de practica avanzada en oncología poseen las competencias para realizar una valoración integral del paciente, así como facilitar la coordinación y derivación al resto del equipo multidisciplinar; psicooncología, trabajo social, nutricionista, consulta de estomaterapia, y a enfermería de atención primaria para continuidad asistencial cuando fuese necesario.

PALABRAS CLAVE: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, CONSULTA, ENFERMERÍA AVANZADA, ONCOLOGÍA.

A PROPÓSITO DE UN CASO: TUMOR NEUROENDOCRINO DE ESTÓMAGO

VANESA LOPEZ MARTIN, LAURA RODRIGUEZ VIZCAINO, MARTINA LUCIA FERNÁNDEZ LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 66 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia cardiopatía isquémica crónica con cateterismo normal en 2017, diverticulosis colónica. Acude a atención primaria por cuadro de dolor torácico reiterativo, refiere dolor opresivo centrotorácico con irradiación escapular que se acompaña a veces de síntomas vegetativos. La paciente ha sido recientemente valorada en consulta de cardiología; se decide derivación a consulta de digestivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Buen estado general. Eupneica. AR: Murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. AC: rítmica y sin soplos. Pruebas complementarias: Analítica con enzimas cardíacas dentro de la normalidad. Colonoscopia con diverticulosis colónica. Endoscopia con toma de biopsia: esófago normal, duodeno normal, estomago (cuerpo alto) (Tumor neuroendocrino) positivo para marcadores neuroendocrinos CD56, Cromagranina A y Sinaptofisina. Gastritis crónica atrófica.

JUICIO CLÍNICO: Tumor Neuroendocrino bien diferenciado (Tumor carcinoide). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Espasmo esofágico difuso, angina inestable, Acalasia.

CONCLUSIONES: El término "carcinoide" generalmente se aplica a tumores neuroendocrinos bien diferenciados que se originan en el tracto digestivo, pulmones, riñones o ovarios. Los tumores neuroendocrinos gástricos subdividen en tres categorías: 1. El tipo 1, que representa del 70 al 80 por ciento y se asocia con gastritis atrófica crónica. El tipo 2, que representa aproximadamente el 5 por ciento. El tipo 3 (carcinoides esporádicos) ocurren en ausencia de gastritis atrófica. En el caso de nuestra paciente fue diagnosticada de un tumor neuroendocrino bien diferenciado tipo 1, este tipo de tumores suelen tener un comportamiento indolente. La terapia adecuada es una resección endoscópica en lesiones de menos de 1 - 2 cm. La vigilancia endoscópica posterior es necesaria cada 6 a 12 meses ya que estos pacientes continúan exhibiendo cambios en la mucosa e hiperplasia de células tipo enterocromafines debido a la hipergastrinemia sostenida.

PALABRAS CLAVE: DIAGNOSIS, TUMOR CARCINEOIDE, GASTRITIS ATRÓFICA, DIAGNOSTICO, TERAPIA.

ABORDAJE DEL PACIENTE CON NEUTROPENIA FEBRIL SECUNDARIA AL USO DE QUIMIOTERAPIA COMO URGENCIA HOSPITALARIA

JUAN FRANCISCO GODOY ANDREU, SARA DADKHAH, PABLO PEINADO FERREIRA

INTRODUCCIÓN: La neutropenia febril es una condición frecuente en los pacientes en fase de quimioterapia por cáncer. La infección en una persona inmunosuprimida por el uso de quimioterapia supone una situación clínica grave y es una de las complicaciones más frecuentes del paciente con cáncer. En los pacientes tratados con quimioterapia el riesgo de infección viene dado fundamentalmente por la duración e intensidad de la neutropenia. Es fundamental evaluar cuál es el patógeno causante de la infección con mayor probabilidad para así iniciar el tratamiento más adecuado. El uso precoz de fármacos antibióticos y antipiréticos es esencial para el buen pronóstico de dichos pacientes.

OBJETIVOS: Conocer la importancia de la precoz detección de la neutropenia febril en pacientes con cáncer. Comprender la eficacia de una pronta actuación terapéutica.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Elsevier y Medline. Se ha usado como descriptores “neutropenia”, “cáncer”, “fiebre” y ”antibiótico”. Se han obtenido 5 artículos usando solamente 2, los cuales han sido citados 3 veces por otros estudios.

RESULTADOS: Se ha demostrado que la pronta detección en el servicio de Urgencias de la neutropenia febril, mediante toma de constantes, obtención de muestras de sangre y hemocultivos, en pacientes en fase de quimioterapia y su precoz tratamiento con antibióticos y antipiréticos constituye un estándar básico en el tratamiento de dichos pacientes y este, se verá reflejado en un mejor pronóstico y evolución de dicha enfermedad.

CONCLUSIÓN: En los últimos años ha aumentado el conocimiento sobre la evolución y pronóstico de pacientes con neutropenia febril secundaria a la quimioterapia. La administración de antibióticos constituye un estándar aceptado para el tratamiento de estos pacientes, por ello es de vital importancia el pronto reconocimiento del paciente que lo padece y tratarlo de manera precoz, mejorando así el pronóstico de esta patología.

PALABRAS CLAVE: NEUTROPENIA, CÁNCER, ANTIBIÓTICO, FIEBRE.

TÉCNICA DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE ESÓFAGO

JUAN ANTONIO GRANADOS GARCIA, ROSA MARÍA JIMÉNEZ GÓMEZ, DIEGO MESTA ORTEGA

INTRODUCCIÓN: Es una enfermedad poco frecuente, presenta un 1% de todas las enfermedades malignas. Aparece más en varones mayores de 65 años. Los factores pronósticos para desarrollar carcinoma de esófago epidemoide son: tabaco, alcohol, dieta.. En el adenocarcinoma son menos obvios como el esófago de Barret y el reflujo gastroesofágico crónico. La historia natural de este tumor se entiende porque no hay serosa y entonces se extiende de forma de diseminación extraesofágica hacia estructuras vecinas y además una red intraesofágica importante facilita la extensión intramural incluso antes de alcanzar a los ganglios linfáticos.

OBJETIVOS: Conocer primeramente la localización y extensión del tumor, para ello el abordaje radioterápico debe variar según la localización del volumen blanco y de la fase del tratamiento que nos encontremos. Se realiza un planteamiento mediante dos campos hasta alcanzar la dosis limitante de la médula espinal junto a una fase de sobreimpresión y 2 campos oblicuos posteriores que eviten el canal medular.

METODOLOGÍA: -Cirugía radical. -Radioterapia: Dados los pobres resultados de la cirugía, se ha intentado la utilización en tratamientos alternativos, entre ellos está la radioterapia radical, aunque sólo debería estar recomendada como tratamiento paliativo en casos avanzados. Quimioterapia. -Tratamiento paliativo: Las principales técnicas paliativas serían: dilatación esofágica con balón, endoprotesis, láser. YAG y braquiterapia endoluminal.

RESULTADOS: Realizando un tratamiento radical con radioterapia y dando una dosis acumulativa de 60-70 Gy, se puede alcanzar una tasa de control local del 25-35%. La supervivencia global a los 5 años en un tratamiento curativo oscila entre un 5% y 30% por lo que es raramente curable.

CONCLUSIÓN: Es una enfermedad de elevada mortalidad que presenta un pobre pronóstico a día de hoy a pesar de los avances terapéuticos desarrollados en los últimos años.

PALABRAS CLAVE: DISFAGIA, ODINOFAGIA, CARCINOMA, ADENOCARCINOMA.

CONOCIMIENTOS SOBRE EL SISTEMA DEL PORT-A-CATH

VICENTE RODRIGUEZ SANCHEZ, SANDRA RIVERA DIAZ, SANDRA ROJAS FLOR

INTRODUCCIÓN: El Port-a-Cath o reservorio venoso subcutáneo, es un catéter venoso siliconado y una prolongación que llega hasta la aurícula derecha a través de la subclavia, situado por debajo del tejido celular subcutáneo y proporciona un acceso vascular, fácil de encontrar, seguro y duradero.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de conocer este catéter por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA: Se han realizado revisiones bibliográficas en bases de datos internacionales y nacionales, tales como scielo y cuiden usando reservorio subcutáneo, canalización, permanente, aguja port-a-cath (gripper), conocimientos catéter, técnica como palabras clave. Se han utilizado libros, revistas también internacionales y nacionales.

RESULTADOS: Las complicaciones más frecuentes de la administración intravenosa de los fármacos son las flebitis y la extravasación de los citostáticos. Por lo tanto, la colocación del reservorio subcutáneo es ventajosa. A pesar de su frecuente uso en la actualidad, es posible que se presenten complicaciones en su uso, por lo que es necesario que el personal de enfermería conozca la técnica para evitar complicaciones.

CONCLUSIÓN: El Port-a-Cath necesita un cuidado por parte de enfermería que garantice su buen estado y mantenimiento. Por eso es importante un buen conocimiento del dispositivo.

PALABRAS CLAVE: AGUJA PORT-A-CATH, CANALIZACIÓN PERMANENTE, TÉCNICAS, CONOCIMIENTOS CATÉTER, RESERVORIO SUBCUTÁNEO.

CUIDADOS DEL PORTA CATH EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AIDA BARRANQUERO VELA, ALVARO PEREZ CABALLERO, ANTONIO ANGEL SANCHEZ MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: Port-a-cath es un catéter central interno subcutáneo (reservorio) normalmente en la zona torácica permitiendo el acceso al sistema vascular a través de unas agujas llamadas Gripper y de gran frecuencia en pacientes oncológicos.

OBJETIVOS: Conocer las buenas prácticas sobre el cuidado de este acceso venoso tan común en pacientes oncológicos, en los cuales resulta esencial dada su vulnerabilidad defensiva.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva a través de páginas oficiales como el MSSSI y bases de datos como PUBMED, Dialnet, Scielo y Cochrane.

RESULTADOS: - Pacientes que no se encuentran en tratamiento: Pueden llevar vida normal, solo se debe mantener la zona limpia y seca. - Pacientes que van a recibir tratamiento: tendrán insertado una aguja tipo gripper. - Heparinización: deberá realizarse cada 6-8 semanas con un volumen de 10 ml de solución de heparina (concentración de 100UI/ml). En el paciente con tratamiento diario no será necesaria la heparinización tras cada administración. - Gripper: Debe cambiarse cada 7 días mediante técnica estéril, así como en el caso que aparezca dificultad para la infusión de medicación o haya signos de contaminación con previo hemocultivo realizado. La aguja estará protegida en la mayoría de las ocasiones con un apósito, se cambiará mínimo cada 48h o si se encuentra mojado o sucio. No existe evidencia de que deba ser cubierto por un apósito, pero se recomienda dependiendo de la movilidad de los pacientes y sobre todo en oncología pediátrica. - Los sistemas de perfusión: deben ser cambiado mínimos cada 72 horas y limpiar las conexiones con antiséptico antes de realizar cualquier uso. El manejo debe ser con técnica estéril.

CONCLUSIÓN: Para la prevención de las complicaciones y de posibles infecciones asociadas a los reservorios es fundamental seguir protocolos y guías de práctica clínica que garanticen los cuidados necesarios para el manejo de estos dispositivos.

PALABRAS CLAVE: PORTA-CATH, RESERVORIO, ONCOLOGÍA, CUIDADOS.

NEUMONÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN

ESTEFANIA BELLAGARZA GARCIA, CARMEN MARIA ACEVEDO RODRIGUEZ, MARÍA POZO MÁRQUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 68 años con carcinoma escamoso de pulmón estadio IIIA y antecedentes personales de hipotiroidismo, neumonía y TBC en la infancia. En tratamiento con Eutirox 50mg/24h y Cisplatino más Gentamicina c/21 días. Acude a urgencias por disnea a mínimos esfuerzos, fiebre de 38.5°C, crepitaciones y tos con expectoración hemoptoica. Nos comenta que recibió quimioterapia hace 18 días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se decide realiza una Rx Tórax: observándose una opacidad densa y homogénea en hemitórax, además de la masa de 18mm en LSD. También se decide realizar una analítica de sangre: teniendo la PCR alta, y leucocitosis. Tras estas pruebas se decide la realización de Hemocultivo donde se confirma la etiología neumocócica y la sensibilidad del germen a la penicilina.

JUICIO CLÍNICO: Neumonía neumocócica confirmada por hemocultivos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neutropenia febril en paciente con Cáncer de Pulmón tras sesión de quimioterapia

CONCLUSIONES: En muchos casos, los síntomas del cáncer de pulmón enmascaran otras posibles patologías que debemos de encontrar. En este tipo de pacientes el tratamiento de quimioterapia hace disminuir las defensas, desarrollando neutropenia febril y esto hace que sean candidatos a infecciones oportunistas. La neumonía como enfermedad oportunista hace agravar el cuadro clínico del cáncer de pulmón.

PALABRAS CLAVE: NEUMONIA, CANCER, INFECCIONES OPORTUNISTAS, PULMON.

ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA

MARIA MILAGROS ARRONIZ GALLEGO, LETICIA DELGADO ARRONIZ, MARTA LUQUE GARCIA

INTRODUCCIÓN: Los estudios en medicina nuclear, consisten en la introducción de un isótopo radiactivo al paciente. La vía de administración suele ser por vía intravenosa, aunque dependerá del tipo de estudios que realicemos.

OBJETIVOS: El objetivo es determinar la eficacia de esta prueba a la hora evitar las linfadenectomías innecesarias.

METODOLOGÍA: Revisión de manuales y documentos especializados.

RESULTADOS: Para realizar este estudio se utiliza un trazados que simula el comportamiento que tendría una célula maligna desprendida del tumor principal. El radiofármaco que se utiliza es el Coloide de albúmina (99mTC-Nanocoloide) con un tamaño <80nm La adquisición de las imágenes se realizan con imágenes planares, con proyecciones anteriores y laterales. Las primeras imágenes se adquieren a los 30 minutos y las tardías a los 60 minutos aproximadamente. Si el Ganglio Centinela (GC) es negativo (Sin invasión tumoral) el resto de la cadena también lo será si el GC es positivo, el resto de la cadena puede serlo o no, pero se debe proceder a la linfadenectomía de la zona y a las acciones terapéuticas adicionales que procedan.

CONCLUSIÓN: Este procedimiento aporta un gran beneficio al paciente, ya que, reduce las linfadenectomías innecesarias, y con ello las posibles reacciones adversas.

PALABRAS CLAVE: SALUD, GANGLIO CENTINELA, ESTUDIO, CÁNCER DE MAMA.

NEOPLASIA RENAL POCO FRECUENTE: CARCINOMA RENAL MUCINOSO TUBULAR Y FUSOCELULAR SINCRÓNICO CON NEOPLASIA VESICAL TRANSICIONAL

ELBA CANELÓN CASTILLO, MAXIM SHUB SKORNIKOV, INÉS SAUCEDO GIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 76 años derivado a consulta de urología por dolor tipo cólico renal y hematuria anemizante. Se realiza estudio inicial de hematuria sin evidenciar hallazgos patológicos por lo que se solicita URO-TC evidenciando lesión en polo inferior no claramente identificable en dicha prueba por lo que se realiza RMN de riñón derecho confirmando neoplasia renal por lo que se realiza nefrectomía radical izquierda en agosto de 2017 sin incidencias en el postoperatorio. La anatomía patológica confirma neoplasia mucinosa tubular y fusocelular variante pobre en mucina que no afecta bordes quirúrgicos. Se realiza seguimiento y revisiones sin hallazgos patológicos. En diciembre de 2017 presenta hematuria auto limitada, se realiza uretroscopia evidenciando dos lesiones de aspecto papilar superficial, la de mayor tamaño de 1.5Cm se realiza resección transuretral de vejiga sin incidencias, con resultado anatomopatológico de carcinoma transicional de bajo grado. Actualmente asintomático.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ecografía: múltiples quistes renales simples en ambas unidades renales Uretrocistoscopia inicial: calibre uretral adecuado, mucosa vesical sin lesiones, meatos ureterales ortotópicos, coágulos en el interior de la vejiga. Citología negativa para malignidad URO-TC: multiples quistes corticales simples bilaterales, lesión renal en polo inferior de riñón izquierdo de 4 cm de diámetro mayor que capta contraste en el centro compatible con quiste complicado Bosniak III. RMN: lesión renal izquierda compatible con neoplasia renal.

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma renal mucinoso tubular fusocelular variante pobre en mucina con carcinoma transicional de vejiga sincrónico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Carcinoma urotelial.

PLAN DE CUIDADOS: Uretrocistoscopias periódicas.

CONCLUSIONES: El carcinoma renal mucinoso es una neoplasia poco frecuente, representa el 1% de los carcinomas renales; se trata de una neoplasia de bajo grado donde no se identifican células claras, papilas, mitosis, necrosis ni invasión vascular. Muestra expresión de CK7 y vimentina cuando se realiza inmunohistoquímica y negatividad para CD10. Por el contrario el carcinoma papilar transicional es la neoplasia maligna mas frecuente del epitelio vesical.

PALABRAS CLAVE: NEOPLASIAS POCO FRECUENTES, CARCINOMA FUSOCELULAR, HEMATURIA, ONCOLOGÍA, UROLOGÍ.

PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN

MARIA DE LOS REYES MARTÍN PEÑA, MARIA DE LA LUZ OCAÑA PAZ, ROCIO CIDONCHA MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de fallecimiento por cáncer en las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 44 años.

OBJETIVOS: Informar sobre el cáncer de cuello uterino para minimizar los casos de cáncer en esta población.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica utilizando los descriptores cáncer de cuello uterino, VPH.

RESULTADOS: La causa del cáncer cervicouterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Se trata de un virus muy frecuente que se transmite por la vía sexual, el 80% de la población entra en contacto a lo largo de su vida, no siendo necesaria una relación sexual completa para su contagio. Se conoce más de 100 tipos de virus papiloma humano, se clasifican en tipos de alto riesgo y bajo riesgo oncológico. Los tipos de VPH de alto riesgo son el 16 y 18 que se encuentran en el 70% de todos los cánceres cervicouterinos.

CONCLUSIÓN: Cada año se diagnostican 2100 nuevos casos y se producen 740 muertes por cáncer de cuello de útero. Para reducir estas cifras es muy importante informar a la población de cuáles son sus causas y cómo se detectan.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, PREVENCIÓN, INFORMACIÓN, CERVICOUTERINO.

PROTOCOLO DE SIMULACIÓN DE RADIOCIRUGÍA EN PACIENTES EN RADIOTERAPIA, RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

LETICIA DELGADO ARRONIZ, MARIA MILAGROS ARRONIZ GALLEG0, MARTA LUQUE GARCIA

INTRODUCCIÓN: La radiocirugía es una técnica compleja de tratamiento, la cual requiere diversos equipamientos así como diferentes procedimientos de diagnóstico, de inmovilización, planificación dosimétrica, etc.

OBJETIVOS: Determinar los diversos pasos del tratamiento realizado por los técnicos especialistas en radiocirugía.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: La radiocirugía es una técnica en la que se necesita una alta precisión pero siempre que se realice correctamente. La realización de un protocolo es necesario para realizar un correcto TAC de planificación, ya que es sobre estas imágenes donde se van a basar para realizar la planificación del tratamiento. Para la realización de este procedimiento, debemos de seguir los siguientes pasos como la preparación de accesorios antes de la llegada del paciente, colocación del casco de radiocirugía, y posteriormente colocar al paciente en la mesa del Tac. Además de la alineación del casco de radiocirugía con los láseres y realización del TAC.

CONCLUSIÓN: Es imprescindible una buena coordinación del equipo humano, el cuales lo forman profesionales de diferentes especialidades: Neurocirujanos, enfermeros, físicos, médicos y técnicos especialistas.

PALABRAS CLAVE: SALUD, RADIOTERAPIA, TERAPIA, RADIOCIRUGÍA.

TOXICIDAD CARDÍACA, POSTQUIMIOTERAPIA Y FÁRMACOS QUE LA PROVOCAN

MARIA PILAR CAMARERO GOMEZ, MARÍA GEMA ROMERO GARCÍA, ROBERTO DE ABAJO RABANAL

INTRODUCCIÓN: Debido al aumento de los casos de cáncer en los últimos años, a la cronicidad de la enfermedad, al aumento de la supervivencia de los pacientes con este tipo de enfermedad y a la aparición de nuevos fármacos, se ha producido un aumento de los tratamientos antineoplásicos administrados; esta situación ha provocado a su vez un aumento en la incidencia de toxicidades provocadas por estos fármacos. Dentro de estas toxicidades, se encuentra la toxicidad cardiovascular provocada por algunos de estos agentes, y que en algunos casos es limitante de dosis y en otros puede tener consecuencias fatales.

OBJETIVOS: Identificar cuáles son las toxicidades cardiovasculares más frecuentes y los fármacos antineoplásicos implicados.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes buscadores y bases de datos científicas, para la que se han utilizado las palabras clave anteriormente mencionadas como descriptores.

RESULTADOS: Las toxicidades provocadas por los fármacos antineoplásicos abarcan diferentes tipos, como las que afectan al miocardio, al pericardio, isquemias coronarias, alteraciones del ritmo cardíaco, problemas tensionales, tanto hiper como hipotensión. En cuanto a los fármacos que las provocan podemos mencionar los que se encuentran dentro de las antraciclinas, así como el mitoxantrone, los alcaloides de la vinca, el cisplatino, la bleomicina....

CONCLUSIÓN: Que las enfermeras de un hospital de día oncológico tengan conocimiento sobre qué fármacos están implicados en este tipo de toxicidades puede ayudar a estar más atentas a los pacientes que son sometidos a este tipo de antineoplásicos y podrán informar y ayudar a las pacientes a que detecten de manera precoz los síntomas asociados.

PALABRAS CLAVE: QUIMIOTERAPIA, ENFERMERÍA, ONCOLOGÍA, TOXICIDAD CARDÍACA.

RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE CÉRVIX

MIGUEL ANGEL PALMA SANCHEZ, JOSE MARIA VACAS DUEÑAS, ANGELES CARRERO BARRERA

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cérvix es el cuarto tumor más frecuente en mujeres. Su frecuencia aumenta en países con bajo desarrollo socioeconómico. El riesgo de padecerlo está asociado a infección por el virus del papiloma humano.

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es conocer algunas características del tratamiento radioterápico para el cáncer de cérvix.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando descriptores relacionados con el tema a tratar.

RESULTADOS: El tratamiento radioterápico del cáncer de cérvix comprende habitualmente dos tiempos o secuencias: - Irradiación externa: se trata el tumor macroscópico, áreas de riesgo de enfermedad microscópica, y regiones ganglionares. La dosis que se administra en esta fase es de 45-50 Gy, lo que permite administrar una dosis adicional con braquiterapia (con lo que se reduce la dosis que recibe el recto y la vejiga). En aquellos casos en los que, bien por las condiciones de la paciente o bien por la extensión tumoral, no está indicada la braquiterapia, se podrá completar el tratamiento con radioterapia externa reduciendo volúmenes y alcanzando una dosis total de unos 66 Gy. - Braquiterapia intracavitaria: con lo que se administra una alta dosis localizada al tumor sin afectar al tejido sano.

CONCLUSIÓN: El cáncer de cérvix es uno de los más frecuentes en las mujeres y el uso de radioterapia (externa y/o braquiterapia) es una opción muy usada con buenos resultados, tanto en tumores operables como aquellos en los que esta no esté indicada.

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, CERVIX, CANCER, TRATAMIENTO.

APARICIÓN DE MUCOSITIS ORAL CON QUIMIORRADIACIÓN

GEMMA GARCÍA AGUILAR, PEDRO PÉREZ FERNÁNDEZ, MARIA ISABEL GÓMEZ MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: La mucositis es una reacción inflamatoria que afecta a la mucosa del tracto gastrointestinal, siendo una secuela de la radioterapia y/o quimioterapia, lo cual da lugar a dolor intenso que perjudica la alimentación y la comunicación verbal.

OBJETIVOS: Conocer cómo afectan la quimioterapia y la radioterapia en la aparición de la mucositis oral.

METODOLOGÍA: Se realizaron búsquedas en Scielo, Pubmed, revistas médicas y de enfermería, portales de oncología y en buscadores en Internet, teniendo como descriptores comunes “mucositis”, “cáncer orl”, “quimioterapia”, “radioterapia”, “radioterapia de intensidad modulada”, “radiotherapy”, “intensity modulated radiotherapy”, “radiotherapy”, “chemotherapy”.

RESULTADOS: El paciente con mucositis oral sufre infecciones, disfunción de las glándulas salivales, disfunción del sentido del gusto y dolor que a su vez pueden producir otras secundarias como deshidratación, disgeusia y desnutrición, consecuencia muchas veces de la falta de higiene bucal. El tratamiento con quimioterapia aislada produce mucositis en grados más leves, siendo la combinación con radioterapia la que produce grados más severos. El tratamiento con radioterapia por imagen guiada (IMRT) mejora dosis administrada en el tumor y disminuye la dosis recibida en los órganos de riesgo, pero no soluciona el problema porque la distribución de dosis tanto en el tejido sano como en el patológico han hecho que tanto su aparición como su gravedad sean más impredecibles.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico, profilaxis y tratamiento de la mucositis exigen nuevos enfoques y objetivos debido a su alta recurrencia. Un enfoque multidisciplinario se hace necesario antes, durante y después del tratamiento debido a su complejidad médica, independientemente de la edad del paciente. Se requiere un plan de cuidados orales, incluyendo una buena higiene bucal para su prevención.

PALABRAS CLAVE: MUCOSITIS, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, IMRT, QUIMIORRADIACIÓN, CÁNCER ORAL.

INSUFICIENCIA HIPOFISARIA EN MELANOMA CUTÁNEO INTERVENIDO

PEDRO LOPEZ LEIVA, FACUNDO ALBERTI VARGAS, JOSÉ ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 45 años alérgico a gammaglobulinas y sin hábitos tóxicos. Intervenido en diciembre de 2014 por melanoma dorsal con ampliación de márgenes y biopsia selectiva de ganglios centinelas axilares (BSGC) negativa. La tomografía de emisión de positrones (PET) no detectó metástasis. Realiza adyuvancia con interferon durante 52 semanas. Manteniendo revisiones con PET negativos hasta enero de 2016 cuando se detecta hipermetabolismo ganglionar intratorácico. Inicia tratamiento con nivolumab. En junio de 2016 el PET muestra estabilidad ganglionar con patrón granulomatoso precisando biopsia ganglionar con histología negativa por lo que se suspende nivolumab. En noviembre de 2016 el paciente presenta síncope con pruebas compatibles con hipofisitis yatrogénica e hipopituitarismo. Tras terapia hormonal sustitutiva remiten los síntomas. Actualmente sigue vigilancia sin evidencia de enfermedad tumoral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Auscultación rítmica con ventilación normal. Abdomen sin visceromegalias. Resección cutánea y ganglionar diciembre 2014: melanoma extensión superficial, bordes libres, ulcerado, Breslow 7 mm, 8 mitosis/campo, mutación BRAF negativa. Ampliación de márgenes y BSGC: negativas. PET enero 2015: negativo. PET febrero 2016: 15 adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales hipermetabólicas. PET junio 2016: adenopatías similares a estudio previo. Patrón de enfermedad granulomatosa (sarcoidosis). Biopsia ganglionar mediastínica 11L, 11R y 7: negativa, proceso inflamatorio. RM craneal noviembre 2016: hipofisitis. Análisis noviembre 2016: ECA 66'0 U/L, Cortisol: 2'16 microg/dL, T4 libre 0'65 ng/dL, ANA positivo. PET junio 2017: atenuación en adenopatías torácicas de probable origen inflamatorio.

JUICIO CLÍNICO: Melanoma extensión superficial estadio IIC. Sarcoidosis. Hipofisitis autoinmune secundaria a inmunoterapia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cualquier adenopatía en paciente con antecedente oncológico debe orientar causa metastásica y, en segundo lugar, enfermedad granulomatosa (sarcoidosis) o enfermedad neoplásica sincrónica (linfoma, cáncer pulmonar o digestivo).

CONCLUSIONES: Las adenopatías intratorácicas en paciente con melanoma resecaado nos orientan causa metastásica. El patrón y la estabilidad radiológica tras inmunoterapia hace necesaria una confirmación histológica. Nivolumab es un agente inmunoterápico con toxicidad relacionada con autoinmunidad como hipofisitis.

PALABRAS CLAVE: MELANOMA, INMUNOTERAPIA, YATROGENIA, SARCOIDOSIS, HIPÓFISIS.

EL PORT A CATH EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA DEL MAR DAMIÁN LÓPEZ, CRISTINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, ENCARNACION MARTINEZ AMOROS

INTRODUCCIÓN: Debido a la sencilla manipulación y a los beneficios del Port-a-Cath sobre otros reservorios venosos subcutaneos para administrar quimioterapia, es muy usado en pacientes oncológicos. Su uso pretende aumentar la calidad de vida de estos pacientes así como lograr una mayor autonomía, posibilitando el seguimiento y tratamiento de éstos fuera del ámbito hospitalario, pasando a ser el personal de enfermería de Atención Primaria los responsables de este seguimiento y sus cuidados. Por lo tanto es primordial tener los cuidados protocolizados, y que los enfermeros de Atención Primaria conozcan el abordaje del Port-a-Cath, para así evitar posibles complicaciones.

OBJETIVOS: Determinar la evidencia disponible sobre el abordaje de los cuidados de enfermería para los reservorios venosos subcutáneos tipo Port-a-Cath® en Atención Primaria.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica a través de la base de datos de la revista científica de Scielo, basado en los 10 últimos años. Y hemos seleccionado los artículos más novedosos, así como una Guía Práctica de Atención Especializada.

RESULTADOS: La bibliografía existente respecto a nuestro tema de estudio es escasa, no encontrando entre los resultados, estudios dirigidos específicamente al uso de estos dispositivos en Atención Primaria. En el ámbito de atención primaria, no hemos encontrado diversidad de Guías y Protocolos para el abordaje del Port-a-Cath- Por el contrario, en Atención Especializada si esta mas protocolizado según la evidencia disponible, encontrando guías frente a técnicas de implantación, inyección, lavado y sellado del reservorio, así como sus complicaciones.

CONCLUSIÓN: Tras concluir la revisión, destacamos la necesidad de una guía de práctica clínica basada en la evidencia que unifique criterios de actuación dentro de Atención Primaria, ya que tratamos con un paciente que por su proceso suele ser frecuentador de consultas de enfermería.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, PACIENTE ONCOLÓGICO, QUIMIOTERAPIA, PORT-A-CATH, COMPLICACIONES, ENFERMERÍA.

LESIÓN LABIAL EN PACIENTE EXFUMADOR

MARIA DEL CARMEN ESTEBAN MUROS, NITTA PAHOLINE PIEDRA ZUING, JULISSA ALARCON ALARCON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 63 años que acude a consulta por presentar en labio inferior lesión blanquecina pequeña, en paciente ex fumador de varias semanas, no disfonía. En la exploración en cuello llama la atención de adenopatías múltiples derechas. AP: NAMC, ex fumador, dislipemia, HTA.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG, ORL: lesión labial que impresiona leucoplasia, adenopatías cervicales derechas, ACR: rítmico, no ruidos patológicos, Abdomen y neurológicamente normal. Afebre, TA: 120/70, FC: 80, Sat O2 al 98%. Analítica: dentro de la normalidad. TAC de cuello: a nivel supraglótico derecho engrosamiento tisular irregular, se extiende a espacio laterofaríngeo izquierdo. Adenopatías laterocervicales bilaterales. En Tórax: adenopatía precarinal. Biopsia de epiglotis: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. PET-TAC de cuerpo entero: Neoplasia laríngea con afectación metastásica ganglionar y pulmonar.

JUICIO CLÍNICO: Neoplasia laríngea por carcinoma epidermoide M1, N1. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tejido tiroideo ectópico intralaríngeo (tiroides ectópico), tuberculosis extra pulmonar, pólipos o papiloma de glotis, tumor esofágico, de glándulas salivares, quiste branquial, linfoma, etc...

PLAN DE CUIDADOS: Radioterapia y Quimioterapia.

CONCLUSIONES: Es muy importante realizar una buena exploración física pues sin la palpación de adenopatías se podría haber demorado más el diagnóstico. Esta demostrada la aparición de cáncer de boca, larínge y pulmón en paciente fumador (en nuestro caso ex fumador) y el consumo de alcohol, aumenta la incidencia en paciente de mediana edad (a partir de 50 años) que se convierte en un verdadero factor de riesgo, así como en personas de color muy blanco. Es significativa la evolución de más de un año, lo que puede estar en consonancia con la terapéutica impuesta según la localización, agresividad del mismo, seguimiento y su control. Es fundamental la prevención de enfermedades con buenos hábitos y modificando los factores de riesgo (a pesar de ser ex fumador, aumenta la probabilidad de aparición del mismo). La sospecha de leucoplasia, liquen plano y eritroplasia y diagnóstico precoz, aumenta la probabilidad de supervivencia.

PALABRAS CLAVE: LABIO, LEUCOPLASIA, LESIÓN, EXFUMADOR.

BIOPSIA MASA PULMONAR GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

SILVIA MANCEBO TORRES, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ, CARMEN RANEA TORREGROSA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 76 años, sin alergias medicamentosas, exfumador, niega enolismo. Como antecedentes personales destaca Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia benigna de próstata, hiperuricemia, hernia de hiato, diverticulosis coli, ateromatosis aortoiliaca difusa y episodio de accidente isquémico transitorio (AIT) en agosto de 2016. Intervenido de apendicectomía y cataratas (bilateral). Acude para realización de fibrobroncoscopia de forma programada para biopsia de masa pulmonar situada en vértice derecho, no pudiendo accederse a la misma, por lo que se opta por punción guiada por Tomografía Computarizada (TC).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tomografía por emisión de positrones (PET): lesión de características neoplásicas en segmento anterior de lóbulo superior derecho (LSD) con SUV máximo de 8.5 Que mide 20x26 mm. Resto sin evidencia de enfermedad neoplásica. **BIOPSIA GUIADA POR TC:** Se realiza biopsia de masa en LSD, remitiéndose la muestra a Anatomía Patológica. Análisis histológico: masa pulmonar LSD, carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado e infiltrante. Ausencia de invasión vascular ni infiltración perineural.

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma escamoso de pulmón estadio IA3. **PLAN DE CUIDADOS:** Es presentado en comité oncológico, decidiéndose derivar a cirugía torácica para resección pulmonar parcial más disección radical de estructuras torácicas.

CONCLUSIONES: Punción de masa pulmonar y confirmación del diagnóstico de sospecha El paciente no presenta complicaciones tras el procedimiento, realizándose TC de control posterior sin evidencia de Neumotórax ni hemorragia pulmonar. Se deriva a Cirugía Torácica para resección pulmonar parcial más disección radical de estructuras torácicas.

PALABRAS CLAVE: MASA PULMONAR, ADENOCARCINOMA ESCAMOSO, RESECCIÓN PULMONAR, FIBROBRONCOSCOPIA, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.

A PROPOSITO DE UN CASO: CANCER DE MAMA

CRISTINA JAIME FUENTES, JOSEFA RUIZ BUTRON, SILVIA HIDALGO PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 72 años que acude a urgencias acompañada por un familiar tras notarse bulto de mama derecha desde hace 5 días, con presencia de exudado desde el día anterior. No presenta dolor, pero si comenta el familiar que hace dos meses presento un absceso en la misma zona tratado con antibióticos. NO RAM conocidas y AP de diabetes, Hta, glaucoma, fractura de cadera izquierda no intervenida y demencia senil diagnosticada hace 6 meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras la exploración se detecta nódulo en mama derecha que destila material purulento, se realiza estudio anatomopatológico en el cual se detecta carcinoma papilar infiltrante de mama (4.5Cm) con una ulceración de la piel y extensas zonas de hemorragia, pezón y parenquima mamario sin alteración significativas y piel con queratosis seborreica.

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma de mama derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En principio y ante la sintomatología de la paciente podemos pensar en un absceso y mastitis infectada. Tras el resultado anatomopatológico confirmamos la existencia de un CA. Papilar infiltrante de mama.

CONCLUSIONES: Se programa ingreso de la paciente para la realización de mastectomía y linfadenectomía de nivel 1 derecha. Tras la intervención y evaluación postquirúrgica favorable se recomiendan curas diarias de la herida con antiséptico local y observación por si apareciera sangrado abundante, secreción maloliente o fiebre, en ese caso acudirá al servicio de urgencias.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA, MAMA, NODULO, QUIMIOTERAPIA.

TRATAMIENTO DE METÁSTASIS CEREBRALES CON RADIOTERAPIA

MARIA ISABEL GÓMEZ MARTÍNEZ, PEDRO PÉREZ FERNÁNDEZ, GEMMA GARCÍA AGUILAR

INTRODUCCIÓN: La radioterapia es un tratamiento frecuente de las metástasis cerebrales, bien mediante tratamiento holocraneal, radiocirugía o radioterapia estereotáctica.

OBJETIVOS: Analizar los efectos secundarios de la radioterapia en el tratamiento de metástasis cerebrales.

METODOLOGÍA: Se realizaron búsquedas en Scielo, revistas médicas y de oncología y en buscadores en Internet, teniendo como descriptores comunes “brain metastasis”, “hippocampus”, “radiosurgery”, “radiotherapy”, “risk organs”, “metastasis cerebrales”, “hipocampo”, “radiocirugía”, “radioterapia”, “órganos de riesgo”.

RESULTADOS: La radioterapia holocraneal esta asociada a efectos secundarios neurocognitivos, entre ellos la pérdida de memoria y de la capacidad de aprendizaje debido a la irradiación del hipocampo. En tratamientos profilácticos o con presencia de múltiples metástasis si es destacable la irradiación completa del cerebro para evitar la proliferación de metástasis en patologías donde esta comprobado la evidencia de progresión de la enfermedad. Mientras que en tratamientos de una o varias metástasis cerebrales, no irradiar el hipocampo evita efectos secundarios que afectarán en la calidad de vida del paciente. Estudios demuestran que el riesgo de metástasis cerebrales ubicadas en esta zona es prácticamente nulo y el riesgo de metástasis ubicadas a menos de 5 mm del hipocampo varía entre 3,3 y 8,6%. La radiocirugía es una opción terapéutica que permite la administración de la dosis necesaria para el tratamiento de las lesiones metastásicas sin comprometer la protección del hipocampo minimizando los efectos neurocognitivos adversos.

CONCLUSIÓN: En el tratamiento de las metástasis cerebrales con radioterapia, evitar la irradiación del hipotálamo es un importante papel en la calidad de vida del paciente, mejorando su funcionalidad y evitando la pérdida de memoria a corto y mediano plazo.

PALABRAS CLAVE: METÁSTASIS CEREBRALES, RADIOTERAPIA, RADIOCIRUGÍA, HIPOCAMPO.

ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO POR PARTE DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ANA MARIA LOPEZ SERRANO, MARIA DEL CARMEN RUIZ ROS, MERCEDES GUERRERO PORCEL

INTRODUCCIÓN: El cáncer es una palabra maldita, porque al mencionarla la asociamos a muerte, es por eso que muchos pacientes y familiares la sustituyen por "una mala enfermedad" y no es de extrañar esa actitud. Los tumores, son la segunda causa de mortalidad en España, por orden de importancia se sitúa el cáncer e bronquios y pulmón, el de colon, el de mama, el de estómago y el de próstata. Los auxiliares de enfermería vamos a tratar directamente con estos pacientes que debido a su enfermedad, pasan por distintas áreas del hospital, por lo que es fundamental que conozcamos la enfermedad en general, los signos y síntomas con el fin de ofrecer un servicio integral como miembros del equipo de enfermería.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados que puede llevar a cabo el auxiliar de enfermería para proporcionarle al paciente una mejor calidad de vida en el trascurso de su enfermedad.

METODOLOGÍA: Se realizo una revisión bibliográfica en bases de datos como Pub Med, Medline...

RESULTADOS: Siempre que las circunstancias lo permitan ofreceremos a la familia la posibilidad de permanecer junto a su ser querido, también los animaremos a que aclaren todas sus dudas y pidan las aclaraciones respecto a la enfermedad.

CONCLUSIÓN: El cáncer es una enfermedad muy frecuente que afortunadamente cada día se van produciendo grandes avances, pero no solo en el diagnostico sino también en lo que a tratamientos se refiere. Con el diagnostico precoz se ha aumentado el número de curaciones.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, CALIDAD DE VIDA, CUIDADOS, ATENCIÓN.

A PROPÓSITO DE UN CASO: FIEBRE EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

SILVIA HIDALGO PÉREZ, CRISTINA JAIME FUENTES, JOSEFA RUIZ BUTRON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 80 años que acude a Urgencias por presentar tiritona y fiebre de 38,5°C de un día de evolución y bajo consejo de su Oncohematólogo. AP: Cardiopatía isquémica, tabaquismo antiguo, DM tipo 2 no ID, ERC, Mieloma Múltiple IgG KAPPA ISS II RISS II, en tto en estos momentos con el esquema / protocolo VCP (Velcade, Ciclofosfamida, Prednisona).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Pac normotensa, afebril en estos momentos (36,7°C), Rx tórax: nada anormal. Analítica: ningún dato relevante en sangre, en Orina nos encontramos Bacteriuria: 15/20 leucocitos/campo, abundantes cc de vías bajas, Nit. Negativo.

JUICIO CLÍNICO: Infección de orina. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debido a la enfermedad actual de la paciente y sobre todo a haber administrado su dosis de quimioterapia el día anterior, podemos pensar que ha habido una alteración analítica provocando un Síndrome febril, que suele ser muy habitual en este tipo de pacientes, por eso su Oncohematólogo recomienda siempre acudir a su centro hospitalario de referencia. Pero también podríamos pensar o bien en una ITU o en un proceso gripal debido a que estadísticamente estamos en el punto más álgido de la epidemia de gripe.

CONCLUSIONES: Una vez realizadas las pruebas radiológicas y analíticas hemos comprobado que no existe un proceso gripal, así como tampoco una disminución de leucocitos que de lugar a un síndrome febril secundario a la administración de Velcade y Ciclofosfamida. Comprobamos que existe una infección de orina, causante de esa fiebre. Se aconseja tratamiento antibiótico durante 7 días y una buena hidratación. Todo bajo la supervisión de su Oncohematólogo.

PALABRAS CLAVE: FIEBRE, BACTERIURIA, ORINA, ONCOLÓGICO.

LA RADIOTERAPIA EN EL CARCINOMA DUCTAL IN SITU: REPERCUSIÓN DEL BOOST EN RECIDIVA LOCAL

ROSA MARÍA JIMÉNEZ GÓMEZ, JUAN ANTONIO GRANADOS GARCIA, DIEGO MESTA ORTEGA

INTRODUCCIÓN: El carcinoma ductal in situ (CDIS) es el tipo más común de cáncer de mama no invasivo, detectado gracias a los programas de cribado poblacional con mamografía. Aunque normalmente no presenta un peligro para la vida, padecer CDIS puede aumentar el riesgo de desarrollar un cáncer de mama invasivo más adelante, al igual que si se ha tratado de manera insuficiente.

OBJETIVOS: Determinar los resultados de recidiva local entre los pacientes con DCIS de mama que recibieron sobreimpresión frente a las que no.

METODOLOGÍA: Analizamos las historias de 100 pacientes con carcinoma intraductal de mama que habían sido tratadas con radioterapia y cirugía de conservación. La media de edad fue de 52 años para boost y no boost, 1/3 recibieron radioterapia en la mama completa de 40,05 Gy más un boost al lecho del tumor primario de 6 -15 Gy y el resto de pacientes no recibieron sobreimpresión. El 80% de las pacientes recibieron terapia hormonal con tamoxifeno. Para las estimaciones de supervivencia se utilizaron las curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Realizando un seguimiento a 10 años, el 6% de las pacientes presentaron recidiva local, de las cuales la mitad habían recibido sobreimpresión en el tratamiento mientras que la otra mitad había sido tratada sin boost. A los 12 años la supervivencia libre de recidiva local (LDFS) fue algo superior para el grupo de boost, ninguna variable fue un factor pronóstico significativo.

CONCLUSIÓN: En base a nuestros resultados, la recidiva local como primer sitio de fallo fue infrecuente en pacientes con carcinoma ductal in situ de mama tratadas con cirugía conservadora y radioterapia y sin diferencias significativas entre pacientes que recibieron boost frente a las que no lo recibieron.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA, BOOST, RECIDIVA, DUCTAL, IN SITU.

GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA MALIGNO

MERCEDES SANCHEZ CASTILLO, MARIA ISABEL RAMOS PÉREZ, MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PÉREZ

INTRODUCCIÓN: Este póster se centra en la importancia de la biopsia del ganglio centinela en el melanoma maligno.

OBJETIVOS: Identificar la utilidad de la biopsia del ganglio centinela en pacientes con melanoma maligno localizado.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases consultadas fueron: Dialnet, Cuiden, Medline y Medline Plus; y un buscador: Google Académico. Los descriptores utilizados fueron: “melanoma”, “ganglio centinela”, “maligno” y “biopsia”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y un período temporal (2012-2016). De un total de 383 referencias encontradas después de la búsqueda, fueron seleccionadas 4 para un análisis en profundidad.

RESULTADOS: Tal y como muestran los resultados, después de realizar el manejo quirúrgico del melanoma y estadificación de este, se realizará la biopsia del ganglio centinela, que es un procedimiento mínimamente invasivo y con una alta exactitud para la detección de micrometástasis ganglionares. La biopsia del ganglio centinela en pacientes con melanoma además de proporcionar una importante información sobre las vías de diseminación linfática del tumor, y también permite una aproximación a la estadificación del mismo, evitando los efectos secundarios de la linfadenectomía. Aunque es un procedimiento poco invasivo, no está exento de complicaciones.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que la técnica de ganglio centinela es un procedimiento de diagnóstico y de estadificación que puede detectar el compromiso ganglionar en un alto porcentaje de casos, determinando que pacientes son candidatos de una linfadenectomía terapéutica inmediata y aquellos que no necesitan disección ganglionar.

PALABRAS CLAVE: MELANOMA, GANGLIO CENTINELA, MALIGNO, BIOPSIA.

LA INMUNOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

PABLO PEINADO FERREIRA, JUAN FRANCISCO GODOY ANDREU, SARA DADKHAH

INTRODUCCIÓN: La investigación oncológica es una de las ramas más desarrolladas dentro de la investigación médica en general. Gracias a esto se ha conseguido reducir la mortalidad y aumentar la esperanza de vida hasta niveles impensables hace tan solo unos años atrás. Uno de los grandes responsables de esto es la terapia inmunológica. Este tipo de terapia está basado en la estimulación de las defensas naturales del cuerpo para conseguir combatir las células cancerígenas que desarrollan el cáncer.

OBJETIVOS: Determinar el tratamiento oncológico mediante la inmunoterapia.

METODOLOGÍA: Mediante una revisión bibliográfica, utilizando plataformas como Scielo, Dialnet y Pubmed, se han recogido los conocimientos actuales sobre la materia y se ha clasificado la información obtenida en base a los requerimientos necesarios para cumplir los objetivos del estudio. Se han usado como descriptores: “Inmunoterapia”, “tratamiento”, “oncología” y “cáncer”.

RESULTADOS: Tras el análisis de la información obtenida a través de la revisión bibliográfica, se certifica que la inmunoterapia es considerada como uno de los mejores tratamientos actuales contra el cáncer. Ya han sido aceptados productos como Pembrolizumab y Atexolizumab en el tratamiento de primera y segunda línea para diversos tipos de cáncer como próstata, urotelial o renal. Por otra parte, la menor cantidad de efectos adversos y la potenciación del propio sistema inmune humano demuestran que este tipo de terapia es más efectivo que las quimioterapias convencionales utilizadas con anterioridad.

CONCLUSIÓN: El tratamiento con inmunoterapia es ya considerado como la principal arma contra las enfermedades oncológicas, al ser más efectivo y reducir la toxicidad que producen las terapias convencionales. Cada vez se está más cerca de una curación total del cáncer y, gracias a este tipo de terapias, se consigue un aumento tanto en supervivencia libre de enfermedad como en tiempo de progresión.

PALABRAS CLAVE: INMUNOTERAPIA, TRATAMIENTO, ONCOLOGÍA, CÁNCER.

PRUEBA DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO COMO DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

PABLO PEINADO FERREIRA, JUAN FRANCISCO GODOY ANDREU, SARA DADKHAH

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es uno de los más frecuentes en España, donde según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica, durante el año 2017 se diagnosticaron 33.370 Nuevos casos. Esta situación conlleva la necesidad de un desarrollo constante de nuevos sistemas de diagnóstico precoz que, conjuntamente con los tratamientos actuales, consigan reducir el número de personas afectadas por esta enfermedad. En la actualidad, el elemento más importante en el diagnóstico del cáncer de próstata es el PSA o Antígeno Específico Prostático.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este artículo es determinar el papel del antígeno específico prostático en el diagnóstico del cáncer de próstata.

METODOLOGÍA: Este artículo se ha llevado a cabo gracias a la información obtenida de fuentes electrónicas como SCIELO, DIALENT y PUBMED, así como la Sociedad Española de Oncología Médica y el Centro Nacional de Investigación Oncológica. Se ha realizado una revisión bibliográfica que ha permitido documentar los conocimientos actuales utilizando los descriptores: "cáncer de próstata", "PSA", "diagnóstico precoz".

RESULTADOS: El screening en pacientes con probabilidad de sufrir cáncer de próstata es un elemento clave en el diagnóstico precoz y aumento de supervivencia. El análisis del PSA en sangre permite controlar a todos aquellos pacientes que sobrepasan los niveles de 4 ng/ml de PSA en sangre, donde se observa una alta probabilidad de 1 entre 4 de sufrir cáncer de próstata. A través de estos controles rutinarios en sangre cada 6-8 meses se aumentan las probabilidades de supervivencia en un gran número de pacientes.

CONCLUSIÓN: La utilización del PSA como herramienta para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata consigue un aumento significativo de la supervivencia al cáncer de próstata, gracias al tratamiento temprano de la enfermedad y la ralentización de su avance.

PALABRAS CLAVE: PSA, CÁNCER DE PRÓSTATA, DIAGNÓSTICO PRECOZ, ONCOLOGÍA.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y COGNITIVOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

ANA GARCIA AYUSO, TAMARA AYUSO CABALLERO, ANA VICTORIA GOMEZ ORTIZ,
NATALIA BAÑOS HERNANDEZ, RAFAEL VALERO MORENO

INTRODUCCIÓN: La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), es el cáncer infantil más común, presentando una supervivencia del 80%. Las características propias de la enfermedad, de sus tratamientos, y el cambio drástico de la vida del niño producen una serie de cambios físicos, psicológicos y cognitivos su desarrollo. La mayoría serán jóvenes y adultos supervivientes de LLA con afectaciones o trastornos.

OBJETIVOS: Identificar los cambios y trastornos psicológicos y cognitivos en el desarrollo del niño cáncer. Conocer los cambios en el desarrollo psicológico y cognitivo del niño con cáncer. Determinar los diferentes recursos para el niño hospitalizado oncológico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: El paciente pediátrico oncológico sufre una serie de cambios físicos, cognitivos y psicológicos durante el proceso de enfermedad, los cuales repercutirán en su desarrollo. Cabe destacar el importante papel que ejerce la enfermera pediátrica oncológica sobre el paciente pediátrico y su familia. Donde ha de conocer las consecuencias del tratamiento oncológico sobre el niño, además de los recursos disponibles para el paciente pediátrico.

CONCLUSIÓN: Los cambios o trastornos en el desarrollo psicológico y cognitivo del paciente pediátrico oncológico son consecuencia de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia de la LLA. Además de las largas estancias hospitalarias, los cambios en la vida y rutina del niño y su familia, el absentismo escolar y el trato con el personal del equipo multidisciplinar, jugando el equipo de enfermería un papel clave.

PALABRAS CLAVE: PEDIATRÍA ONCOLÓGICA, CÁNCER, ENFERMERA PEDIÁTRICA, CAMBIOS PSICOLÓGICOS, CAMBIOS COGNITIVOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE OSTOMIZADO

LIDIA GIL BANDERA, ALICIA ALCOBA OTON, LIDIA NAVAS PEREZ

INTRODUCCIÓN: En la actualidad existen un gran número de patologías cuyo tratamiento provoca la realización de un ostomía, que para el paciente afectado conlleva un cambio brusco en su vida por ello se estudia la importancia de un plan de cuidados para los pacientes ostomizados, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, que ayude al afrontamiento de esta nueva situación tanto física como psicológicamente.

OBJETIVOS: Analizar las necesidades del paciente, conociendo las dificultades que puedan presentar y el afrontamiento antes ellas.

METODOLOGÍA: Para dicha revisión se realiza una búsqueda en la base de datos de Pubmed, Scielo con las palabras claves, enfermería, paciente ostomizado, cáncer de colon, adaptación colostomía. También se utiliza la taxonomía NANDA.

RESULTADOS: Las ostomías son aberturas que comunican un órgano al exterior de la pared abdominal, existen tipos diferentes como gastrostomías, colostomías o nefrostomías. El plan de cuidado es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, en el que la enfermería es el colectivo más implicado en la atención de este tipo de paciente, pues debe centrarse en sus necesidades, problemas y complicaciones que puedan surgir. Debe proporcionar toda la información necesaria, sus cuidados, los dispositivos a utilizar dependiendo del tipo de ostomía, los cuidados de la piel periestomal, la dieta y la prevención de posibles complicaciones, además de ayudar psicológicamente al paciente antes estos cambios físico y sociales que experimentará. Por lo que el plan de cuidado deberá ser individualizado.

CONCLUSIÓN: La enfermería es muy importante en este tipo de pacientes, pues además de vigilar el estoma, ver su evolución y detectar posibles complicaciones debe tener una escucha activa con el paciente, pues experimentará un gran cambio en su vida, y además de darle toda la información para su autocuidado necesitará directrices para adaptarse a su nueva situación, tanto él como sus familiares.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE OSTOMIZADO, CÁNCER DE COLON, ADAPTACIÓN COLOSTOMÍA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

FACTORES DE RIESGO: CÁNCER DE COLON

LIDIA GIL BANDERA, ALICIA ALCOPA OTON, LIDIA NAVAS PEREZ

INTRODUCCIÓN: Discernir los factores más importantes en el desarrollo del cáncer de colon. Tantos aquellos que pueden desencadenar la enfermedad así como los síntomas.

OBJETIVOS: Analizar y determinar la importancia de los factores a tener en cuenta.

METODOLOGÍA: Para dicha revisión se realiza una búsqueda en Pubmen y google con los descriptores factores de riesgo, factores protectores, cáncer de colon, grado de riesgo por parentesco.

RESULTADOS: Factores de riesgo o Edad avanzada o Raza afroamericana o Antecedentes personales o pólipos o Enfermedades inflamatorias intestinales o Síndromes heredado que aumentan el riesgo de sufrir cáncer de colon o Una dieta bajo contenido de fibra y alto contenido de grasas o Estilo de vida sedentario o Diabetes o Obesidad o Tabaquismo o Alcoholismo. Medida preventivas o Consumir una variedad de frutas, vegetales y cereales integrales o Si bebe alcohol, hazlo con moderación o Dejar de fumar o Realizar ejercicio o Mantener un peso saludable. Señales y síntomas del cáncer o Un cambio en los hábitos de evacuación como diarrea, estreñimiento o reducción del diámetro de las heces fecales (excremento) por varios días o Una sensación de que necesita defecar que no desaparece después de tener una evacuación o Sangrado rectal con sangre roja brillante o Sangre en las heces fecales que puede causar que las heces se vean oscuras o Cólicos o dolor abdominal o Debilidad y cansancio o Pérdida de peso.

CONCLUSIÓN: Los investigadores apuntan a que existen tanto factores desencadenantes como medidas protectores en el desarrollo del cáncer, algunos de estos son modificables, la población con mayor predisposición a este tipo de cáncer debe realizar las medida preventivas con mayor hincapié y realizar alguna de las diferentes pruebas diagnósticas, para, en el caso de padecerlo poder diagnosticarlo a la mayor brevedad.

PALABRAS CLAVE: RIEGO POR PARENTESCO, FACTORES PROTECTORES, FACTORES DE RIESGO, CÁNCER DE COLON.

VARÓN DE 50 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN

CARMEN PORRAS ARBOLEDAS, MARIA DOLORES MANJON RODRIGUEZ, JUSTO MARTÍNEZ COLMENERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 50 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de Infarto esplénico en tratamiento con HBPM. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso, generalizado, de una semana de evolución. Tras los resultados del TAC realizado en Urgencias, es sometido a cirugía urgente por cuadro de abdomen agudo, con sospecha de Apendicitis aguda. En el acto operatorio, se detecta tumoración inflamatoria en ciego. Se realiza Hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica T-L

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, Consciente y orientado, normohidratado y normoperfundido, eupnéico en reposo y con febrícula. ACR: tonos rítmicos con murmullo conservado. Abdomen: dolor severo a la palpación profunda en hipocondrio derecho con signos de irritación peritoneal, MMII: no edemas ni signos de TVP. + ANALÍTICA: Hemograma: Normal. Bioquímica: TGC: 243 mg/dl, Hierro: 24 pg/dl, marcadores tumorales: negativos + TAC ABDOMINAL: tronco celiaco y arteria hepática de contornos irregulares. Apéndice cecal con un diámetro de 1.3 Cms con rarefacción de grasa regional, engrosamiento de fascia laterconial y formaciones ganglionares (regionales, mesentéricas e interaortocava) Conclusión: hallazgos compatibles con proceso inflamatorio apendicular agudo + AP DE BIOPSIA CECAL: Adenocarcinoma de colon G2 que infiltra hasta grasa de meso con signos de perforación e inflamatorio agudo, sin signos de invasión vascular ó perineural. Estadio T3N0 + Estudio de extensión: negativo para malignidad.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma de colon G2, T3N0M0, sobre apéndice cecal inflamada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Patología yatrogénica: Colitis por Irradiación. Patología infecciosa: Colitis Infecciosa, Colitis pseudomenbranosa. Patología vascular: Colitis Isquémica. Patología neoplásica: Carcinoma Colorrectal, Linfoma intestinal.

PLAN DE CUIDADOS: Vigilancia de los signos vitales. Vigilancia de signos de sobreinfección. Cura diaria de herida quirúrgica.

CONCLUSIONES: El carcinoma colorrectal es el tumor maligno más común del tracto gastrointestinal, con un pico de incidencia entre 50-70 años. El tipo histológico más frecuente es el Adenocarcinoma. Más de la mitad se presentan en el recto y sigma.

PALABRAS CLAVE: DOLOR ABDOMINAL, JOVEN, CIRUGÍA, INFLAMACIÓN.

ACOGIDA POR PARTE DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA

ISABEL MARIA FRANCO NAVARRO, MARIA PUPPO GOMEZ, MARTA MEDINA MARTIN

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico del cáncer es vivido por el paciente y su familia como un proceso de dolor, sufrimiento, estrés y falta de información en el momento del diagnóstico. A este hecho se le suma la necesidad de iniciar el tratamiento, en la mayoría de los casos en servicios de Hospitales de Día. Estos servicios pueden impresionar negativamente al paciente, generando una ansiedad añadida al proceso traumático de la enfermedad.

OBJETIVOS: El objetivo es poder identificar un método de acogida que minimicen las dudas, el temor y la ansiedad tanto al paciente como a sus familiares a su llegada al servicio.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistémica filtrada por descriptores «diagnóstico cáncer», «hospital de día de oncología», «cuidados enfermeros en el paciente oncológico». Las bases de datos utilizadas han sido: el buscador Google Académico, Medline, Cuiden y Cochrane.

RESULTADOS: El inicio de los tratamientos de quimioterapia en los Hospital de día es visto por el enfermo como una situación de estrés y angustia, debido en la mayoría de los casos a la falta de información. En el paciente surgen gran cantidad de dudas relacionadas con los efectos secundarios, alimentación recomendada, ejercicio físico... El personal de enfermería es el primer receptor de estas dudas, debiéndole dar al paciente y/o familiar, gran cantidad de información en un momento de estrés, donde el paciente no se encuentra receptivo y el nivel de atención es escaso.

CONCLUSIÓN: La existencia de una Consulta de enfermería en los servicio de Hospitales de Día de Oncología, donde se administran los tratamientos quimioterápicos, sería fundamental para poder dar la atención mas completa al paciente, informar del funcionamiento de la unidad, responder dudas, mantener una escucha activa del paciente y de sus miedos, en resumen, dar apoyo e información útil al paciente y familiares antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, PACIENTE ONCOLÓGICO, HOSPITAL DE DÍA, CONSULTA DE ENFERMERÍA.

EXPERIENCIA DE PAZOPANIB EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

FATIMA ARTIME RODRÍGUEZ-HERMIDA, ABEL TRUJILLANO RUIZ, JAIME MATEO CARMONA

INTRODUCCIÓN: Pazopanib es un inhibidor de quinasas indicado en carcinoma de células renales avanzado (CCR).

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de pazopanib en pacientes con CCR metastásico.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo (enero 2013-septiembre 2017). Las variables incluidas fueron: edad, sexo, nefrectomía, criterios Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC), tratamiento previo/posterior, línea tratamiento, reducciones/discontinuaciones de dosis). La efectividad fue analizada según supervivencia libre de progresión (SLP) y la respuesta se midió según criterios RECIST (respuesta completa (RC), parcial (RP), estabilización de la enfermedad (EE), progresión y no evaluable (NE). Se revisaron las reacciones adversas (RAMs). Para la recogida de datos, utilizamos registros médicos y de dispensación.

RESULTADOS: Se incluyó a 33 pacientes. El 75.7%(N=25) eran hombres y la edad media 67.2(31-88) Años. 97% Habían sido previamente nefrectomizados. Se especificaron los criterios MSKCC en 57.6% Pacientes: 9.1% Favorable, 36.4% Intermedio y 12.1% Pobre. Pazopanib fue utilizado en un 69.7% En primera línea, 6.1% Segunda, 12.1% Cuarta y 12.1% Quinta. Los tratamientos previos: 27.3% Sunitinib, 24.2% Everolimus, 24.2% Axitinib y 9.1% Sorafenib. Se registraron reducciones posológicas en 30.3% Y 42.4% Presentaron discontinuación temporal del tratamiento. Según la respuesta: el 12.1% Alcanzó RC, 21.2% RP, 30.3% EE, 15.2% Progresión y 21.2% NE. La SLP fue 8 meses(IC95% 3.3-12.7). El 51.5% Continuaban vivos y 30.3% Seguían en tratamiento en el momento de la recogida de datos. Las RAMs notificadas: 48.5% Diarrea, 48.5% Astenia, 30.3% Hipertensión, 27.3% Anorexia, 27.3% Náuseas/vómitos, 18.2% Dispepsia, 18.2% Hipotiroidismo, 15.2% Mucositis, 15.2% Síndrome mano-pie, 15.2% Elevación transaminasas, 12.1% Disgeusia, 9.1% Cambios color de pelo, 9.1% Rash, 9.1% Parestesias, 9.1% Eventos tromboembólicos y 30.4% Otras. Los tratamientos posteriores: 12.1% Axitinib, 12.1% Cabozantinib, 9.1% Everolimus y 3% sunitinib.

CONCLUSIÓN: Pazopanib es una opción terapéutica en CCR. En nuestra población, supuso un retraso en la progresión. Sin embargo, el pequeño tamaño muestral no permite sacar conclusiones. Las RAMs notificadas coinciden con las más frecuentemente notificadas en ficha técnica.

PALABRAS CLAVE: PAZOPANIB, RENAL, ITK, CÁNCER.

COLOCACIÓN DEL CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO GUIADA POR ECÓGRAFO EN EL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO

ISABEL MARIA FRANCO NAVARRO, SANDRA AYORA ROMERO, MARÍA DEL CARMEN ESCOBAR MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: En el paciente onco/hematológico se hace necesario canalizar una vía venosa prácticamente a diario en la fase de tratamiento de la enfermedad. La canalización de una vía central de acceso periférico (PICC) es una excelente elección para pacientes oncológicos ya que permite a los profesionales de enfermería mantener contar con una vía central en condiciones de esterilidad para la extracción de muestras sanguíneas, administración de nutrición parenteral, hemoderivados, administración de medicación endovenosa y de los tratamientos de quimioterapia minimizando los daños por sus efectos vesicantes e irritante en los vasos sanguíneos secundarios. La técnica de canalización del PICC auto guiada por ecógrafo es mas ventajosa frente a la técnica de Seldinger, ya que al poder visualizar la eco-guía en la pantalla del ecógrafo se minimizan los riesgos y complicaciones de la técnica.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es conocer los beneficios de la técnica de inserción del PICC a través de ecógrafo auto guiado.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistémica de artículos publicados en bases de datos como, Cochrane, Scielo, Dialnet, Elsevier y del meta buscador Google Académico.

RESULTADOS: La canalización del PICC no requiere la utilización de un quirófano, se puede realizar por personal de enfermería a pie de cama, por lo que disminuye los tiempos de espera para su colocación, fundamental para iniciar prontamente los tratamientos de quimioterapia. La inserción del PICC mediante eco-guía en los pacientes onco/hematológicos puede ser realizada por enfermeras entrenadas en la técnica con una elevada probabilidad de éxito en la inserción, evitando las punciones repetitivas y complicaciones derivadas de la técnica invasiva.

CONCLUSIÓN: El PICC, por su baja tasa de complicaciones y su alta duración, es un dispositivo totalmente válido como acceso venoso central de media y larga duración para pacientes onco-hematológicos.

PALABRAS CLAVE: CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA, ECO-GUÍA, ENFERMERÍA, PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO.

CASO CLÍNICO: LARINGECTOMÍA SECUNDARIA A TUMORACIÓN SUPRAGLÓTICA

NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTY HUGUET, SANDRA CORTES FERNANDEZ, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 61 años que ingresa en la planta de Cirugía Maxilofacial tras laringectomía supraglótica. La paciente acude al hospital de referencia derivada por su médico de cabecera por disfonía de meses de evolución. En la exploración se observa tumoración con afectación de los 2/3 de la epiglotis que precisa de laringectomía.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizan una Tomografía Axial Computarizada (TAC) y una fibrolaringoscopia para el diagnóstico principal de tumoración. Tras la realización de la laringectomía se realiza traqueostomía con colocación de cánula Shiley nº6 fenestrada. Durante el ingreso se coloca sonda nasogástrica para la alimentación y se realizan varias valoraciones de aspiración pulmonar mediante el Test con Azul de Metileno, siendo todos ellos positivos. Por ello, finalmente, debido a la imposibilidad para la tolerancia oral se decide junto con la paciente la colocación de gastrostomía para alimentación.

JUICIO CLÍNICO: Laringectomía supraglótica con vaciamiento cervical funcional bilateral secundario a tumoración supraglótica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza valoración de enfermería por la que se observa que presenta suplencia total para la alimentación debido a la existencia de la traqueostomía. Se programan intervenciones para conseguir un correcto estado nutricional, como por ejemplo la creación de un plan alimenticio y la posterior evaluación de los beneficios de la puesta en práctica del plan para aumentar la capacidad de alimentarse sola reforzando positivamente aquellos aspectos que realice correctamente y corrigiendo los conocimientos erróneos que tenga la paciente.

CONCLUSIONES: Tras 36 días de ingreso hospitalario la paciente recibe el alta médica. Presenta autonomía parcial en el manejo de la traqueostomía y la gastrostomía. Se realizará el seguimiento de la paciente en consulta de Cirugía Maxilofacial.

PALABRAS CLAVE: LARINGECTOMÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, TUMORACIÓN, TRAQUEOSTOMÍA.

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y COGNITIVOS EN EL NIÑO

ELOISA ATIENZA ALVAREZ, ISABEL ATIENZA ALVAREZ, IRENE RUIZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), es el cáncer infantil más común, presentando una supervivencia del 80%. Las características propias de la enfermedad, de sus tratamientos, y el cambio drástico de la vida del niño producen una serie de cambios físicos, psicológicos y cognitivos en su desarrollo. La mayoría serán jóvenes y adultos supervivientes de LLA con afectaciones o trastornos.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este trabajo es identificar los cambios y trastornos psicológicos y cognitivos en el desarrollo del niño con Leucemia Linfoblástica Aguda.

METODOLOGÍA: Se hizo una investigación cualitativa, tipo estudio de caso, en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria en la Región de Granada. Se emplearon los 11 patrones de Marjory Gordon, aplicando los Diagnósticos de Enfermería NANDA, los Resultados NOC y las Intervenciones NIC, así como la red de Razonamiento para los diagnósticos y complicaciones potenciales según el Modelo Área. El estudio fue realizado a un varón de 7 años de edad con LLA.

RESULTADOS: El paciente fue diagnosticado de LLA en mayo de 2017 y acaba de recibir el primer ciclo de quimioterapia con Vincristina. Tras realizar una valoración enfermera se obtuvo como diagnóstico principal (00007): Hipertermia r/c enfermedad m/p aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, calor al tacto y como complicación potencial Inmunodeficiencia.

CONCLUSIÓN: Los cambios o trastornos en el desarrollo psicológico y cognitivo del paciente pediátrico oncológico son consecuencia de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia de la LLA. Además de las largas estancias hospitalarias, los cambios en la vida y rutina del niño y su familia, el absentismo escolar y el trato con el personal del equipo multidisciplinar, jugando el equipo de enfermería un papel clave.

PALABRAS CLAVE: NIÑO, CAMBIOS, ENFERMERÍA, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA.

ESTUDIO DEL CÁNCER COLORRECTAL: RADIOGRAFÍAS CON ENEMA DE BARIO DE DOBLE CONTRASTE COMO UNO DE LOS MÉTODOS DE SU DETECCIÓN CIE-10-ES

MARIA DOLORES SALAZAR HIDALGO, MARINA ASUNCIÓN RAMÍREZ GARCÍA, SARA ROMERO GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Un paciente que es detectado de cáncer colorrectal en un periodo determinado, y este paciente sobrevive a los cinco años transcurridos desde su detección, es lo que denominamos prevalencia a cinco años de dicho cáncer. Uno de los métodos que podemos nombrar entre los muchos que existen para detectar el cáncer colorectal es el procedimiento a través de la toma de radiografías con enema de bario de doble contraste. Mediante el cual se toman radiografías del colon y el recto después de que se coloca en el recto un líquido que contiene bario. El bario es un compuesto metálico que permite resaltar una imagen del colon y el recto en una radiografía y ayuda a mostrar las anomalías. Se introduce aire en el recto y el colon para mejorar más la radiografía.

OBJETIVOS: El objetivo es analizar la prevalencia a 5 años estimada de pacientes diagnosticados de neoplasia colorrectal para el año 2012 en España. Establecer la codificación clínica del cáncer de colon mediante la CIE-10-ES (Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión. Edición Española).

METODOLOGÍA: Hemos realizado un estudio descriptivo básico, considerando la prevalencia a 5 años estimada para el año 2012 en España, empleando como fuente de información los datos proporcionados por la International Agency for Research on Cancer y filtrando los datos por pacientes diagnosticados con cáncer de colon.

RESULTADOS: Incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años estimada para el año 2012 en España del cáncer colorrectal: Prevalencia a 5 años: 89.705 Pacientes (15,4%) (Prevalencia 5 años solo para población adulta). Incidencia: 32.240 Pacientes (15%). Mortalidad: 14.700 Pacientes (14,3%) El capítulo II de la CIE-10-ES es específico para las neoplasias correspondiéndole los códigos de diagnósticos C18-C20/C21.

CONCLUSIÓN: Según el informe analizado establecemos que en el 2012, los pacientes que sobrevivieron transcurridos cinco años desde que fueron diagnosticados de cáncer colorrectal fueron 89.705 Personas.

PALABRAS CLAVE: RADIOGRAFÍA, ENEMA, NEOPLASIA, PACIENTE, COLON.

RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SENO: DETECCIÓN DE LA NEOPLASIA MALIGNA CON CIE-10-ES

MARIA DOLORES SALAZAR HIDALGO, MARINA ASUNCIÓN RAMÍREZ GARCÍA, SARA ROMERO GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Esta prueba con imágenes a menudo se usa en mujeres que son portadoras de una mutación dañina en el gen BRCA1 o en el gen BRCA2. Estas mujeres tienen un alto riesgo de padecer cáncer de seno, así como otros tipos de cáncer. El BRCA1 y el BRCA2 son genes humanos que producen proteínas supresoras de tumores. Neoplasia maligna o cáncer es el término que se utiliza en medicina para designar una masa anormal de tejido. Es una de las enfermedades de mayor relevancia en el mundo por su incidencia, prevalencia y mortalidad.

OBJETIVOS: Analizar la información sobre la mortalidad en España, atendiendo a la causa básica de la defunción según la CIE-10-ES (Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión. Edición Española) durante el año 2014.

METODOLOGÍA: Realizamos un estudio transversal-descriptivo, empleando como fuente de información los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, filtrando las defunciones en España por la causa de muerte en el año 2014 y centrándonos en las neoplasias malignas.

RESULTADOS: Número de defunciones según la causa de muerte (año 2014): Enfermedades infecciosas: 6.508. Tumores: 110.278. Enfermedades de la sangre: 1.784 Enfermedades endocrinas: 13.013. Enfermedades del sistema nervioso: 23.394. Enfermedades del sistema circulatorio: 117.393. Enfermedades del sistema respiratorio: 43.841. Enfermedades del sistema digestivo: 19.385. Enfermedades de la piel: 1.318. Enfermedades del sistema genitourinario: 11.530 Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

CONCLUSIÓN: Analizando el año estudiado, podemos decir que, el cáncer es la segunda causa de muerte en España con 110.278 Fallecidos, y es por tanto un problema de salud prioritario. Se puede apreciar la importancia del cáncer en el número de fallecimientos, pero gracias a los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento, se está consiguiendo un descenso de su mortalidad.

PALABRAS CLAVE: MASA, NEOPLASIA, SENO, DETECCIÓN.

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE ÚLCERA TUMORAL VULVAR

ANTONIA CARO ROMERO, MARIA ROSA ROMERO

INTRODUCCIÓN: Mujer de 56 años, diagnosticada de cáncer vulvar con úlcera tumoral estadio IV. Derivada al ECP tras primera valoración por oncología, principalmente por los síntomas que le origina la úlcera: muy mal olor, exudado purulento, tejido adyacente impactado y alteración importante de la imagen corporal. La paciente se encuentra muy nerviosa y preocupada y su principal problema es el aislamiento social que tiene debido al mal olor que desprende.

OBJETIVOS: El objetivo principal es sin duda mejorar síntomas físicos y emocionales en una paciente con cáncer de vulva.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

RESULTADOS: Se procede al lavado con prontosan y secamos sin friccionar. Una vez limpia, se pone metronidazol de forma tópica para control del olor y se termina con apósito de fibras de PVA (polivinilo de alcohol) para el exudado. En la segunda valoración, se observa una gran mejoría, ha desaparecido el mal olor, ha disminuido el exudado, ya no hay tejido adyacente impactado y se ha disminuido la herida de forma muy evidente. En la tercera valoración, se observa que continua reduciéndose la herida, presenta muy buen aspecto, aparece tejido de granulación. En posteriores valoraciones, observamos que la herida continua mejorando. Estamos aplicando blastoestimulina. La paciente está muy animada ante la buena evolución. Una evidente mejoría de la úlcera tumoral, y un alivio del sufrimiento tras la buena evolución de la úlcera.

CONCLUSIÓN: • El objetivo del TCAE en relación a las úlceras tumorales es proporcionar el máximo confort abordando los síntomas que puedan originar. • En el caso de esta paciente, la arginina, la quimioterapia y las curas están ayudando a que haya una buena evolución de la herida. • Tras la mejoría sintomatológica, sobre todo del olor, la paciente abandona el aislamiento social en el que estaba al principio de las curas.

PALABRAS CLAVE: TCAE, TUMOR, VULVA, HOSPITAL, ÚLCERA.

PACIENTE CON DOLOR SECUNDARIO A NEOPLASIA DE PÁNCREAS

CRISTINA MARTÍNEZ LLEDES, CRISTINA PARAJÓN ÁLVAREZ, MARINA PEREZ-LANDALUCE UNCILLA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 68 años, que acude a Urgencias de Atención Primaria por cuadro de dolor abdominal continuo e intenso irradiado en cinturón y a la espalda de 48 horas de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física general presenta: TA: 105/60, FC: 77 Ipm, SaO₂: 95%, afebril, eupneico, normocoloreado, normohidratado. En la exploración abdominal se objetiva masa en zona centroumbilical dolorosa a la palpación, ruidos abdominales normales y pulsos periféricos conservados. En el caso de este paciente no se solicita ninguna prueba complementaria, porque está fuera de tratamiento curativo y lo indicado es realizar directamente tratamiento analgésico.

JUICIO CLÍNICO: Cuadro de dolor visceral secundario a proceso neoplásico (Cáncer de Páncreas).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Tras realizar la anamnesis y tras los síntomas que refiere el paciente, se diagnostica dolor secundario a proceso neoplásico.

CONCLUSIONES: El Cáncer de Páncreas es uno de los tumores más agresivos del tracto digestivo que no es excesivamente frecuente (2,1% de todos los tumores) pero su incidencia ha aumentado constantemente desde los años 50. Este tipo de cáncer en la mayor parte de las ocasiones se diagnostica cuando los síntomas obligan al paciente a acudir al médico, los síntomas más frecuentes son: pérdida de peso, dolor en epigastrio, obstrucción biliar, náuseas y/o vómitos. Se presenta un caso de un paciente que acude a urgencias de Atención Primaria, con cuadro de dolor abdominal continuo e intenso secundario a neoplasia de páncreas, se pauta tratamiento analgésico, laxante y antiemético (para su uso si precisa). Con todo ello se consigue buen control del dolor.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER DE PÁNCREAS, DOLOR VISCERAL, TRATAMIENTO ANALGÉSICO, OBSTRUCCIÓN BILIAR, PÉRDIDA DE PESO.

LA RELACIÓN ENTRE EL CÁNCER COLORRECTAL Y LA ALIMENTACIÓN

MARIA ARACELI PÉREZ DORADO, PILAR BORREGO PINO, INMACULADA PEINADO COCA

INTRODUCCIÓN: Por lo que existe una relación directa del tipo de alimentación con el cáncer colorrectal, se debe modificar el tipo de dieta ayuda a prevenir dicha enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar los alimentos que aumentan las probabilidades de padecer cáncer colorrectal para así disminuir la incidencia de esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en las principales bases de datos: DIALNET, SCIELO, CUIDEN y BDIE, entre los años 2005 y 2017 con las siguientes ecuaciones de búsqueda: "cáncer colorrectal AND alimentación"; "cáncer colorrectal AND hábitos". Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados en idiomas español e inglés, a texto completo y relacionados con la temática.

RESULTADOS: El cáncer colorrectal es el tumor maligno más frecuente en España. Según la AECC, afectará a 1 de cada 20 hombres y 1 de cada 30 mujeres, antes de los 74 años. La supervivencia se sitúa por encima de la media a nivel europeo, en un 64%. Según varios estudios, la clave de la prevención del cáncer colorrectal se encuentra en la alimentación, donde el consumo elevado de grasas y proteínas de origen animal, carnes procesadas y las dietas pobres en fibra, frutas y verduras aumentan las probabilidades de padecer dicha enfermedad. También se ha relacionado una mayor incidencia en personas con exceso de peso e hiperinsulinemia, así como en dietas con consumo elevado de hidratos de carbono simples. Se ha observado un posible efecto beneficioso de los prebióticos sobre la actividad y composición de la microbiota intestinal. Manteniendo una adecuada alimentación y modificando hábitos de vida, como eliminar o disminuir el consumo de tabaco y alcohol, así como aumentar la actividad física, contribuimos de forma considerable a disminuir los riesgos de padecer el que esta enfermedad.

CONCLUSIÓN: Por lo que modificando hábitos de vida y en concreto hábitos alimentarios, conseguimos reducir considerablemente las probabilidades de padecer cáncer colorrectal.

PALABRAS CLAVE: COLORRECTAL, CÁNCER, RELACIÓN, ALIMENTACIÓN.

FRACTURA ESPONTÁNEA DE CADERA EN PACIENTE VARÓN DE 50 AÑOS

NURIA RAMÍREZ SANDALIO, MIGUEL ANGEL LOPEZ ZUÑIGA, MIGUEL SOLA GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 50 años exfumador y sin ningún otro antecedente de interés, que acude por fractura subtrocanterea en fémur izquierdo. El paciente niega traumatismo previo, sólo recuerda intenso dolor en la zona y posteriormente sufrió una caída. El paciente fue ingresado para intervención quirúrgica y para estudio de la causa de la fractura.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general. Auscultación respiratoria: silencio auscultatorio en base derecha. Se realizó radiografía de cadera izquierda donde se aprecia línea de fractura a nivel subtrocantereo. En radiografía de tórax se aprecia lesión difusa mal definida en lóbulo inferior derecho. TAC torácico: Lesión de unos 3x3 cm de diámetro, mal definida con bordes espiculados sugerente de malignidad. Durante la intervención quirúrgica se tomaron varias muestras oseas que se analizaron y no mostraron malignidad. Se realizó fibrobroncoscopia sin poder llegar a la lesión, y sin ser concluyente el material extraído.

JUICIO CLÍNICO: Fractura patológica por carcinoma primario de pulmón. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura patológica, fractura por estrés

PLAN DE CUIDADOS: El paciente permaneció ingresado durante más de un mes a la espera de poder tomar una muestra que determinase el tipo de tumor primario del que se trataba puesto que de eso dependería, en parte el tratamiento posterior. Después de varias fibrobroncoscopias y de analizar en varias ocasiones el material oseos, fue imposible encontrar células malignas. Sin embargo, tras referirnos el paciente cefalea occipital, se encontró lesión de partes blandas que era susceptible de tomar muestra, siendo ésta concluyente de lesión metastásica de adenocarcinoma pulmonar.

CONCLUSIONES: Este caso fue especialmente complicado por la demora en la obtención del diagnóstico histológico. En estos casos es importante que tanto el paciente como la familia noten la implicación que los sanitarios tenemos en estos casos y que no sientan que se les "abandonan".

PALABRAS CLAVE: FRACTURA PATOLÓGICA, BIOPSIA, CÁNCER DE PULMÓN, ANATOMÍA PATOLÓGICA.

ADENORCARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS EN ESTADIO IV.

LORENA ORTIZ SALAS, ANA CRISTINA GOMEZ PEDROTE, MARÍA DEL MAR GÓMEZ PEDROTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 52 años de edad que acude a su médico del CS tras presentar astenia y febrícula con dos semanas de evolución. Su médico deriva con carácter urgente a la planta de reumatología de su hospital tras valorar resultados analíticos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física se palpo adenopatías en el cuello, temperatura 37,8°C y dolor costal. Pruebas complementarias: A. Sanguínea: anemia, VSG y PCR aumentada, Hipercalcemia y leucocitosis. A. Orina: proteinuria. Rx toral: lesiones compatible con metástasis. TAC: masa tumoral en el polo superior del riñón derecho, de aproximadamente 8 cm. Metástasis pulmonar y cerebral. Biopsia renal: en el estudio histológico se observa células claras.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma renal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos aportados en la analítica y exploración física se sospecho de una enfermedad reumática autoinmune. Una vez descartada esta opción, podemos decir que nos encontramos ante un adenocarcinoma renal de células claras en estadio IV tras confirmarlo con el TAC y una biopsia renal.

CONCLUSIONES: El cáncer renal es el 3º en frecuencia dentro de la estirpe urológica y representa el 2-3% de los tumores malignos, ocurriendo usualmente entre la 5ª y la 7ª décadas de la vida. Los factores de riesgo incluyen el tabaquismo, obesidad, la hipertensión y el consumo de diuréticos. El cuadro clínico puede tener amplias variaciones, desde la hematuria, el dolor y la masa palpable, si el tumor alcanza grandes proporciones, hasta una diversidad de síntomas, tales como: adelgazamiento, fiebre, anorexia y mal estado general. El tratamiento de elección es la nefrectomía radical. Terapias coadyuvantes como la inmunoterapia, quimioterapia o radioterapia ofrecen resultados pobres pero abren una línea para la terapia de este tumor. El pronóstico es malo, con una supervivencia media de 6 meses, e inferior al año en la mayoría de los casos, con una supervivencia a los cinco años no mayor del 2%.

PALABRAS CLAVE: ADENOCARCINOMA RENAL, METÁSTASIS, BIOPSIA RENAL, TAC.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

MARIA JOSE MENA TORRES, VERONICA ARIAS DIAZ, ISAAC RUIZ TARRAGONA

INTRODUCCIÓN: La radioterapia consiste en el uso de radiaciones de alta energía, teniendo como objetivo eliminar o reducir las células cancerosas, ocasionando el menor daño posible a las células sanas. La radioterapia se usa con fines terapéuticos, pudiéndose usar sola o acompañada con cirugía u otro tratamiento. Los efectos secundarios depende de la enfermedad y de la localización, ya que es un tratamiento que se aplica localmente, por lo que el mayor daño causado es la zona del cuerpo a tratar. Los efectos mas frecuentes son: radiodermatitis, náuseas, vómitos, diarrea, mucositis, xerostomía.

OBJETIVOS: El objetivo del trabajo es analizar los cuidados de enfermería necesarios para tratar los efectos secundarios de la radioterapia.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica donde se consultaron: Pubmed, biblioteca Cochrane Plus, Cuiden y el buscador de Google académico.

RESULTADOS: La mucositis es la inflamación de la mucosa del tracto intestinal. Se manifiesta con dolor y úlceras que hacen más difícil tanto la alimentación, como la deglución y la fonación, afectando así la calidad de vida del paciente. Si llega a ser tan grave como para ingreso hospitalario, aumenta el riesgo de infección. Esta complicación puede llegar a suspender el tratamiento, empeorando así el pronóstico del paciente. La radiodermatitis es una inflamación de la piel tras estar expuesta a la radiación. La radioterapia, al actuar de forma local sobre la piel, frena su crecimiento y al realizarse sesiones diariamente, no da tiempo a que la piel se regenere. La enteritis es una inflamación del intestino que ocurre después del tratamiento. La toxicidad sobre las células de la mucosa intestinal impide su regeneración y provoca mala absorción. Si no se trata a tiempo puede producir deshidratación, náuseas, vómitos, diarrea y desnutrición.

CONCLUSIÓN: El profesional de enfermería desempeña una labor fundamental en el cuidado y seguimiento del paciente sometido a radioterapia en la consulta de enfermería.

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, CUIDADOS, ENFERMERÍA, XEROSTOMIA, MUCOSITIS, RADIODERMITIS.

EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN MUJERES EMBARAZADAS

ANGELES CARRERO BARRERA, JOSE MARIA VACAS DUEÑAS, MIGUEL ANGEL PALMA SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: El objetivo del tratamiento de una mujer embarazada con cáncer es el mismo que el de cualquier paciente con esta enfermedad: curar o controlar el cáncer y evitar que se propague. Sin embargo, la meta adicional de proteger a un bebé en crecimiento puede complicar el tratamiento.

OBJETIVOS: Analizar los aspectos de mayor importancia a la hora de contemplar la posibilidad de administrar radioterapia a pacientes embarazadas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando descriptores relacionados con el tema a tratar.

RESULTADOS: A la hora de decidir si una paciente embarazada puede recibir tratamiento radioterápico, hay que tomar en consideración algunos aspectos de crucial importancia: Estadio, agresividad y localización del tumor. Duración, eficacia y complicaciones de la terapia. Consecuencias de retrasar la radioterapia. Fase del embarazo. Evaluación y seguimiento del feto. Si se debería interrumpir el embarazo. Aspectos legales, éticos y morales. Una vez elegida la radioterapia como opción de tratamiento, el objetivo es la reducción de dosis al feto. Se recomienda que se tomen en cuenta aspectos como: la utilización de fotones de energía inferior a 25 MV. La estimación de la dosis al feto mediante mediciones en maniquí (se puede construir un blindaje de protección con un espeso hemirreductor de 4 a 5 cm de plomo). El control del tamaño del feto y su crecimiento en el curso del tratamiento, volviendo a evaluar la dosis al feto si fuera necesario.

CONCLUSIÓN: Actualmente la radioterapia se encuentra entre las opciones de tratamiento en pacientes embarazadas, tomando siempre en consideración los aspectos más importantes antes citados y las recomendaciones de expertos documentadas sobre la reducción de dosis al feto.

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, EMBARAZO, FETO, DOSIS.

COLITIS ASOCIADA A NIVOLUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

FATIMA ARTIME RODRÍGUEZ-HERMIDA, ABEL TRUJILLANO RUIZ, MARIA VICTORIA VILLACAÑAS PALOMARES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón, 80 años con antecedentes personales de EPOC. Ex-fumador desde 2015. Fue diagnosticado en 2014 de cáncer de pulmón epidermoide no candidato a cirugía y tratado con radioterapia. En enero 2017, inició tratamiento de primera línea metastásica con Vinorelbina. Tras progresión, inició Nivolumab (3mg/kg) con ECOG 0, como segunda línea. Se evaluó en septiembre mediante TAC mostrando estabilidad de la enfermedad. En octubre, presentó un ingreso por SCACEST. Durante este ingreso, inició un cuadro diarreico de 8 deposiciones/diarias. Se diagnosticó de colitis inmunorrelacionada (toxicidad grado III) , tratada inicialmente con medidas de soporte y esteroides a dosis altas. Según ficha técnica, se suspendió nivolumab (tras 10 ciclos) hasta resolución de síntomas y finalización de tratamiento con corticosteroides. En diciembre, reinició los corticosteroides debido a diarrea (grado I) y disnea desde que abandonó los corticosteroides (toxicidad pulmonar grado II por radiografía de tórax), atribuibles a una posible neumonitis y colitis. En enero 2018, recibió amoxicilina, clavulánico por una infección respiratoria, reagudizándose su diarrea (más de 10 deposiciones/diarias con hebras sanguinolentas) y náuseas y vómitos. Ingresó con ECOG 2 con deshidratación de piel y mucosas y leve palidez mucocutánea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Despistaje de infecciones y confirmación mediante colonoscopia y biopsia de colitis probablemente inducida por nivolumab (recto y sigma).

JUICIO CLÍNICO: Colitis inmunorrelacionada grado IV en tratamiento con Nivolumab. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Calprotectina fecal positiva, colonoscopia con patrón de colitis y descartadas posibles infecciones.

CONCLUSIONES: El paciente presentó evolución tórpida y mala respuesta a tratamiento corticoideo (metilprednisolona 60 mg/8h), con imposibilidad de ingesta oral que evolucionó con hipotensión, disfunción renal aguda y trastornos graves del medio interno. Se planteó posible inicio con antiTNF si no mejoría. El paciente falleció 3 días tras su ingreso. Nivolumab se asocia a reacciones adversas inmunorrelacionadas, es importante su detección temprana y manejo adecuado en colaboración con otros especialistas.

PALABRAS CLAVE: NIVOLUMAB, COLITIS, PULMÓN, CÁNCER.

CARCINOMA DE MAMA METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ISABEL MARIA DE LOS RIOS BARBA, LUCÍA MARTÍNEZ ESCOBAR, JESSICA YESENIA VELOZ VERDUGO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 57 años que acude a urgencias, presenta disnea persistente, tos que no cesa y dolor esternal que persiste aun tomando analgésicos de primer escalón. Se observa estado de anorexia y refiere inapetencia alimentaria de hace días. Como antecedentes de relevancia se le diagnosticó cáncer de mama en el pecho derecho hace 1 año. Tras el diagnostico se le realizo una mastectomía y una lifadenectomía. Y como tratamiento posterior se trató con quimioterapia y anticuerpos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Examen físico: sat: 93%, pulso: 75, TA: 140/75. Se le realiza TAC toracoabdominal en el que se puede observar tumoración ósea en el area esternal y masa lesional en el lóbulo izquierdo del pulmón. En la mamografía se observa adenopatía en la zona axilar izquierda. Que en la punción de aspiración en esta zona se da el resultado con la identificación de células malignas

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma tipo Metastásico en la mama izquierda con irradiación a otros órganos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Mediante las pruebas complementarias podemos tener un diagnóstico claro y saber ciertamente el grado de irradiación de la metástasis y el estado de la mama. Se procede a implantar un tratamiento basado en la quimioterapia. A los tres meses de evolución se observa la nula mejoría del estado de la paciente por lo que se valora a la paciente se deriva a la unidad de cuidados paliativos.

PLAN DE CUIDADOS: Serán enfocados hacia unos cuidados paliativos, en los que se incluirá: manejo y asesoramiento nutricional y ayudar al control de las náuseas. Manejo del dolor y apoyo emocional relacionado con el control de la ansiedad para facilitar el duelo.

CONCLUSIONES: Ciertos tipos de cáncer que finalmente producen metástasis terminan conduciendo a los cuidados paliativos cuyo principal objetivo será el alivio de los síntomas y la mejora de la calidad de vida derivando una adecuada acción terapéutica.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA, MAMARIO, MAMA, ONCOLOGÍA, CUIDADOS PALIATIVOS.

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA

MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO, SAIDA PRADOS ALVAREZ, MARIA EVELING PEDROSA FUENTES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 37 años acude a la consulta de oncología con dolor abdominal refiere no poder ir al baño y muy débil con dificultad para realizar sus tareas diarias esta inapetente y lo poco que come lo vomita.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se pide analítica, colonos copia tac abdominal.

JUICIO CLÍNICO: Cáncer colon con metástasis en hígado y pulmones. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Tras las pruebas realizadas a la paciente se llega al diagnóstico de cáncer de colon.

PLAN DE CUIDADOS: Se deriva a cirugía para intervención quirúrgica y poner tratamiento.

CONCLUSIONES: Si empeora el estado acudir a urgencias.

PALABRAS CLAVE: COLONOSCOPIA, TAC, HIGADO, METÁSTASIS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA

SAIDA PRADOS ALVAREZ, MARIA EVELING PEDROSA FUENTES, MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 28 años de edad, quien acudió a la consulta de Oncología del Hospital Motril por presentar un nódulo en la mama derecha con manifestaciones de dolor intenso desde hacía 2 mes. Fue remitida a la consulta de Cirugía donde le realizaron una biopsia con aguja gruesa, cuyo resultado indicó la presencia de un carcinoma ductal invasivo, clasificado en estadio IIIB al realizar los exámenes complementarios necesarios. La paciente fue trasladada a Granada. Para practicarle sesiones de quimioterapia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma completo: Hemoglobina: 13,0 g/dL Leucocitos: 7,90 x 120/L Plaquetas: 295 x 120/L Pruebas de hemoquímica Glucemia: 6,6 mmol/L Creatinina: 70 µmol/L Estudios de función hepática Bilirrubina total: 10 µmol/L Ecografía de mamas: lesión vascular de gran tamaño, que mide 6,0 cm de diámetro anteroposterior en la región areolar de la mama derecha. Mama izquierda de aspecto normal. No se observan ganglios axilares. Biopsia aspirativa con aguja fina en el nódulo en la mama derecha células ductales atípicas. Rayos X de tórax posteroanterior no alteraciones pleuropulmonares. Ecografía abdominal: hígado normal en tamaño y ecotextura. No se observa lesión focal ni conductos dilatados. La vesícula biliar, el páncreas, el bazo y ambos riñones están normales. No se observan adenopatías intraabdominales ni líquido libre en cavidad. Biopsia con aguja gruesa realizada en consulta de Cirugía: se confirmó un carcinoma ductal invasivo. Tinciones de inmunohistoquímica: receptor de estrógeno positivo, receptor de progesterona positivo, Her-3/neu y KI-78 negativo.

JUICIO CLÍNICO: Oncología mamá derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras las pruebas complementarias y exploraciones se concluye el diagnóstico oncológico cáncer de mamá.

PLAN DE CUIDADOS: Recibió quimioterapia de 6 ciclos con la cual obtuvo mejoría evolutiva clínica y humoral, evidenciada por la reducción del tumor y las cifras del marcador tumoral CA 14-5. Control de analítica todos los años.

CONCLUSIONES: Evolución satisfactoria por parte de la Paciente. Control permanente.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA, QUIMIOTERAPIA, TUMORAL, ANALÍTICA, CIRUGÍA, ONCOLOGÍA.

RESERVORIO INTRAVENOSO SUBCUTÁNEO EN PACIENTE DE 67 AÑOS

ESPERANZA MACARENA MOLINA ROPERO, ANA MARIA SANCHEZ RUBIO, VIOLETA MARÍA FLORES LLAMAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 67 años, sin antecedentes familiares de cáncer. Antecedentes personales: Sin alergias médicas conocidas. Hipertensión, Hipotiroidismo, Histerectomía por mioma, quistes hepáticos rectorragias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Intervenciones quirúrgicas: Laparotomía media por tumoración, ciclos de Quimioterapia, trombosis parcial de la vena mesentérica, absceso quirúrgico con IQ, hematoma abdominal, segmentectomía hepática por metástasis. Laparotomía subcostal derecha ampliada.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma de colón. Motivo de ingreso Inserción de repertorio subcutáneo en pectoral derecho para administración de quimioterapia citoestática. **PLAN DE CUIDADOS:** DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos OBJETIVOS NOC (0702) Estado inmune INTERVENCIONES NIC (2300) Administración de medicación (6520) Análisis de la situación sanitaria (6550) Protección contra las infecciones (6650) Vigilancia (7690) Interpretación de datos de laboratorio DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (00028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdida excesiva de líquidos a través de vías anormales. OBJETIVOS NOC (0602) Hidratación INTERVENCIONES NIC (4120) Manejo de líquidos DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos OBJETIVOS (NOC) (1101) Integridad titular: piel y membranas mucosas INTERVENCIONES (NIC) (3590) Vigilancia de la piel (6550) Protección contra las infecciones.

CONCLUSIONES: En la actualidad, no presenta signos de infección, déficit en el volumen de líquidos ni signos deterioro de la integridad cutánea, mostrando a su vez una mejora en su patología de base y una buena tolerancia al tratamiento. Consideramos necesaria la sensibilización profesional para establecer planes de cuidados individualizados, que reduzcan el número de visitas hospitalarias y favorezcan el correcto uso y manipulación de estos dispositivos.

PALABRAS CLAVE: ACCESO VENOSO CENTRAL, RESERVORIO SUBCUTÁNEO, PORT-A-CATH, CATETÉRES TOTALMENTE IMPLANTABLES.

RADIOTERAPIA EN LA GINECOMASTIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y TRATAMIENTO ANTIANDRÓGENO

ANTONIO LOZANO SERRANO, ANA MARÍA MIRANDA LUNA, PATRICIA TORRES DELGADO

INTRODUCCIÓN: Los varones poseen andrógenos; hormonas masculinas, así como estrógenos; hormonas femeninas, que normalmente se encuentran en cantidades muy inferiores. En tratamientos con manipulación hormonal del cáncer de próstata con antiandrógenos no esteroides, se puede producir una proliferación benigna del tejido glandular mamario; la ginecomastia, siendo este caso aproximadamente el 20% del total de ginecomastias.

OBJETIVOS: Determinar terapias profilácticas siempre que sea posible; o prever su aparición, realizando exploraciones físicas, así como indicando su autoexploración.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Es en casos donde la ginecomastia induce un dolor significativo o alteraciones emocionales, donde se busca su eliminación. El uso de terapia médica suele ser contraproducente para pacientes con ginecomastia y cáncer de próstata; por lo que las armas terapéuticas para éstos serán la cirugía o la radioterapia. La cirugía se centraría en reducir el tamaño de la mama a lo habitual, así como eliminar el tejido doloroso. El tratamiento con radioterapia se realizaría con dosis bajas (10-12Gy) de forma profiláctica, o como tratamiento cuando ya se ha detectado la patología. La radioterapia es muy utilizada de forma profiláctica; obteniendo datos donde solo el 28% de los pacientes desarrolló ginecomastia, frente al 71% de los pacientes no irradiados. Además, la radioterapia como tratamiento fue positiva en el 69% de los casos. Sus resultados invitan a su indicación en profilaxis, así como en el tratamiento de pacientes donde la cirugía no esté indicada por otros aspectos o patologías.

CONCLUSIÓN: La radioterapia tanto profiláctica como terapéutica resulta efectiva y con efectos secundarios resueltos a corto plazo. Aun así, es necesario la elaboración de más estudios, con dosis estandarizadas. En una fase temprana, las opciones terapéuticas son más efectivas, siendo poco probable la respuesta total cuando ha estado presente más de 12 meses.

PALABRAS CLAVE: GINECOMASTIA, PRÓSTATA, RADIOTERAPIA, ANTIANDRÓGENO, PROFILAXIS.

RESERVORIO SUBCUTÁNEO VENOSO: CUIDADOS ENFERMEROS

MARÍA CRISTINA ANDRADE POZO, ANA MARIA LOPEZ ORTIZ, CECILIA ALCAZAR PEREZ

INTRODUCCIÓN: El reservorio subcutáneo es un catéter venoso central de larga duración, alojado bajo la piel a nivel del tórax, indicado para el acceso vascular repetido o continuo para la administración de medicamentos, sangre o derivados, quimioterapia o extracción de analíticas. El personal de enfermería debe conocer su funcionamiento, cuidados y complicaciones, para garantizar su buen estado y mantenimiento.

OBJETIVOS: Analizar la documentación científica sobre el reservorio subcutáneo venoso, con el fin de aumentar los conocimientos sobre los cuidados generales de enfermería que precisa.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión de la literatura de enfermería y medicina en varias bases de datos, como son: Scielo, Cuiden y PubMed y Google Académico. También se consultaron revistas científicas de enfermería como HYGIA.

RESULTADOS: Tras realizar la búsqueda bibliográfica, encontramos las indicaciones y usos del reservorio subcutáneo venoso, del mismo modo, hallamos sus cuidados generales de enfermería encaminados a retardar las posibles complicaciones que pudieran aparecer.

CONCLUSIÓN: Su implantación es cada vez más frecuente en oncología, debido a las ventajas y comodidad que aportan con respecto a las vías periféricas, como la fácil y segura extracción de sangre y administración de medicación, sueroterapia, sangre y derivados, etc. El personal de enfermería debe conocer su funcionamiento, cuidados y complicaciones, para garantizar su buen estado y mantenimiento.

PALABRAS CLAVE: RESERVORIO SUBCUTÁNEO VENOSO, ACTUACIÓN, CUIDADOS, ENFERMERA.

EL EJERCICIO FÍSICO COMO TRATAMIENTO DE LA FATIGA EN PACIENTES CON CÁNCER

MIRIAM ARENAS REAL, BEATRIZ PODADERA MATEO, ISABEL MARIA LOBATO GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La fatiga es un síntoma subjetivo muy frecuente en los pacientes con cáncer, potenciado por los tratamientos oncológicos que recibe, esta sintomatología tiene una relación directa con el deterioro de la calidad de vida. La fatiga se caracteriza por un cansancio y agotamiento sin necesidad de esfuerzo previo, que hace reducir el funcionamiento físico, psíquico y /o social, y que no se alivia con descanso.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de los efectos del ejercicio físico en pacientes con cáncer.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: El ejercicio es la intervención no farmacológica más eficiente para la fatiga relacionada con el cáncer, previene y mejora la pérdida de masa muscular y la fuerza física, su práctica es factible y efectiva para reducir la fatiga durante y después de quimioterapia y radioterapia, lo que se traduce en una mejora de la calidad de vida para el paciente. Será necesario determinar las limitaciones físicas del paciente y adaptar las sesiones a la edad, sexo, condiciones físicas. Terapias con ejercicios cardiovascular de intensidad moderada y continuo, (andar a paso ligero, nadar). Recomendar sesiones de duración progresiva entre 15 y 30 minutos y nunca sobrepasando los 60 minutos, alternándolas con periodos de descanso frecuentes. Enseñar ejercicios con técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno.

CONCLUSIÓN: La fatiga es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer, promover el ejercicio físico como tratamiento no farmacológico ante esta sintomatología, tanto en paciente con tratamiento de cáncer como en pacientes ya recuperados, implica una mejora en la calidad de vida del paciente oncológico.

PALABRAS CLAVE: FATIGA, CALIDADA DE VIDA, EJERCICIO FÍSICO, PACIENTE ONCOLÓGICO.

EL OSTEOSARCOMA: EL DESCONOCIDO CÁNCER INFANTO JUVENIL

MARIA CRISTINA PICHARDO FERNANDEZ, LUCÍA RODRÍGUEZ GARCÍA, GLORIA PICHARDO SOLVES

INTRODUCCIÓN: El osteosarcoma es un tumor óseo maligno, el segundo más frecuente después del mieloma. La edad que presenta una mayor incidencia es en pacientes de la primera y segunda década de vida y en pacientes de más de 60 años. Es un tumor que suele producir metástasis, mayoritariamente en pulmones, huesos y partes blandas. El aspecto de la clínica a destacar es el dolor localizado en la zona de la tumoración y la presencia de una masa palpable.

OBJETIVOS: Identificar los conocimientos necesarios y principios generales para nuestra formación acerca del osteosarcoma.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed utilizando los términos: "cáncer óseo", "niño", "osteosarcoma". Los criterios de exclusión fueron artículos publicados con antigüedad superior a 10 años (anteriores a 2008). Posteriormente se realizó una lectura crítica y la selección se realizó basándonos en los resultados encontrados y su aplicabilidad.

RESULTADOS: Para diagnosticarlo es necesario contar con el cuadro clínico, las pruebas de laboratorio y las pruebas por imagen, siendo la biopsia la prueba diagnóstica de confirmación. El tratamiento de elección es la quimioterapia ya que disminuye el tamaño del tumor y después de esta se realiza la cirugía, siempre que se pueda la de elección será la cirugía de rescate del miembro. Actualmente con los estudios que se realizan acerca de la quimioterapia, podemos decir que la tasa de supervivencia ha aumentado a medida que se ha ido perfeccionando dicho tratamiento, ya que antaño los pacientes morían a causa de las metástasis y, gracias a este tratamiento, éstas llegan a estar más controladas e incluso pueden llegar a no aparecer.

CONCLUSIÓN: Creemos firmemente que es un tema de vital importancia del cual se debería investigar aún más puesto que el diagnóstico precoz facilita todo el proceso.

PALABRAS CLAVE: OSTEOSARCOMA, CÁNCER ÓSEO, NIÑO, CÁNCER INFANTO JUVENIL.

ESTUDIO ESTADÍSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL: COLONOSCOPIA

MARINA SALAZAR HIDALGO, JOSE HIDALGO CABAÑAS, ARACELI SAN ROMÁN PINEDA

INTRODUCCIÓN: Un paciente que es detectado de cáncer colorrectal en un periodo determinado, y este paciente sobrevive a los cinco años transcurridos desde su detección, es lo que denominamos prevalencia a cinco años de dicho cáncer.

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia a 5 años estimada de pacientes diagnosticados de neoplasia colorrectal para el año 2012 en España.

METODOLOGÍA: Hemos realizado un estudio descriptivo básico, considerando la prevalencia a 5 años estimada para el año 2012 en España, empleando como fuente de información los datos proporcionados por la International Agency for Research on Cancer y filtrando los datos por pacientes diagnosticados con cáncer de colon.

RESULTADOS: Incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años estimada para el año 2012 en España del cáncer colorrectal: Prevalencia a 5 años: 89.705 Pacientes (15,4%) (Prevalencia 5 años solo para población adulta). Incidencia: 32.240 Pacientes (15%) •Mortalidad: 14.700 Pacientes (14,3%).

CONCLUSIÓN: Según el informe analizado establecemos que en el 2012, los pacientes que sobrevivieron transcurridos cinco años desde que fueron diagnosticados de cáncer colorrectal fueron 89.705 Personas. De esta cifra tenemos que destacar que 36.014 Pacientes corresponden a mujeres y 53.691 A varones. También debemos mencionar que, la prevalencia estimada a cinco años es mayor en aquellos tumores con una supervivencia más elevada, como el caso del cáncer de mama que presenta en el año estudiado una prevalencia de 104.2010 Personas, ya que la mortalidad fue de 6.075 (25.215 Diagnosticadas).

PALABRAS CLAVE: COLON, NEOPLASIA, PERIODO, DETECCIÓN.

ATENCIÓN SANITARIA PARA MUJERES CON EDADES COMPRENDIDAS, EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CÁNCER DE MAMA: MAMOGRAFÍA

MARINA SALAZAR HIDALGO, JOSE HIDALGO CABAÑAS, ARACELI SAN ROMÁN PINEDA

INTRODUCCIÓN: La mamografía consiste en una exploración diagnóstica de imagen por rayos X de la glándula mamaria, mediante aparatos denominados mamógrafos que permite detectar de forma precoz la presencia de cáncer de mama.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio estadístico que estamos analizando, es analizar información sobre la realización de mamografías durante el año 2014 en mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 69 años y teniendo en cuenta su país de nacimiento.

METODOLOGÍA: Realizamos un estudio descriptivo transversal sobre la práctica de mamografías en el periodo recomendado para el cribado de cáncer de mama (mujeres de 50 a 69 años). Como fuente de información, hemos utilizado los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística durante el año 2014, filtrando la búsqueda según el país de nacimiento de las mujeres estudiadas.

RESULTADOS: Realización de mamografías en el periodo recomendado para el cribado de cáncer de mama según país de nacimiento. Mujeres de 50 a 69 años. Año 2014. Total España Extranjero No consta 25,2 25,2 0 Nunca 361,8 268,5 93,3 Más de 3 304,2 256,4 47,8 + 2 años 496,2 457 39,2 últimos 2 años 4589,1 4270,7 318,4 Total 5776,4 5277,7 498,7.

CONCLUSIÓN: Como podemos observar en el gráfico, la mayor parte de mujeres tanto españolas (4.270,7 Mil) como extranjeras (318,4 mil) se han hecho una mamografía en los 2 últimos años. Hay 457 miles de mujeres españolas que la realizaron hace más de 2 años pero menos de 3 y 256,4 mil de mujeres que se la hicieron hace 3 años o más. Es significativo el número de mujeres que nunca se han hecho una mamografía, 93,3 mil extranjeras y, sobre todo 268,5 mil españolas. Tenemos que destacar que las cifras de mamografías en España son muy superiores a las cifras extranjeras.

PALABRAS CLAVE: MAMOGRAFOS, MUJERES, CÁNCER, EXPLORACIÓN.

ACANTOSIS NIGRICANS EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

ALBA MARÍA CASTILLO FERNÁNDEZ, AGUSTIN RODRIGUEZ SANCHEZ, JOSE ANTONIO TRUJILLO PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre, 84 años con antecedentes de HTA, Dislipemia, angina de pecho a los 56 años. Intervenido de próstata, hernia inguinal bilateral y cataratas. Exfumador de 15paq/año, bebe 1 vaso de vino al día. El paciente presenta síndrome constitucional, con pérdida de peso de 7Kg en 6 meses junto con animo distímico. Refiere también episodios de febrícula de carácter vespertino y áreas de hiperpigmentación cutánea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración, destaca hepatomegalia de 1-2 traveses de dedo y áreas de hiperpigmentación (acantosis nigricans) en flancos, axila, ingle y pierna izquierda. Pruebas complementarias: Analítica: Hb 11,1, PCR 67,7, VSG 80, CEA 28,6, B2 microglobulina 5,4. TAC tórax: Adenopatía de carácter patológico de 35x24 mms, infraclavicular izquierda, sin otras alteraciones destacables. TAC abdomen: Destacan masas/conglomerados adenopáticos de apariencia metastásica, en curvatura menor gástrica, hilio hepático, peripancreáticas, interaortocava, englobando hilos renales y por debajo de los mismos, la de mayor tamaño en región toracoabdominal derecha de 6x3cms. Imagen blástica en L1. EDA: Malformación mamelonada friable y ulcerada, en unión cuerpo-antro y curvatura menor. Biopsias: Adenocarcinoma gástrico de patrón intestinal.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma gástrico estadio IV. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Benignas: diabetes, obesidad, ovario poliquístico, enfermedades metabólicas relacionadas con resistencia a la insulina. Síndromes genéticos (leprechaunismo, Down). Secundario a toxicidad farmacológica. Paraneoplásicas: Carcinomas gástricos, son los más frecuentemente relacionados con acantosis nigerianas. Carcinoma hepatocelular. Adenocarcinoma de pulmón, ovario, endometrio, riñón, páncreas, vesícula biliar y mama.

CONCLUSIONES: En nuestro caso, la presentación de acantosis nigricans orienta hacia causa maligna, debido a la simultaneidad con el síndrome constitucional, pero en la mayoría de los casos, su aparición es benigna. La diferencia clínica entre acantosis benigna y maligna radica en que en formas paraneoplásicas su aparición es más rápida, llamativa y suele aparecer en zonas inusuales como palmas y plantas.

PALABRAS CLAVE: ACANTOSIS, NIGRICANS, ADENOCARCINOMA, PARANEOPLÁSICA.

LINFOMA ESPLÉNICO EN MUJER DE 58 AÑOS

ALBA MARÍA CASTILLO FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO TRUJILLO PEREZ, AGUSTIN RODRIGUEZ SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 58 años, con antecedentes de hipotiroidismo depresión e intervenida de varices. La paciente, en seguimiento en consulta de enfermedades Autoinmunes por sospecha de SAF, ingresa derivada desde la consulta por dolor en FRI irradiado a pubis, cuya ecografía abdominal revela esplenomegalia leve acompañada de anorexia y pérdida de 5Kg de peso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración normal, a excepción de esplenomegalia en palpación abdominal. Pruebas complementarias: AC toracoabdominal: Esplenomegalia de 27cm de diámetro, que ejerce efecto masa sobre estructuras adyacentes. Múltiples conglomerados adenopáticos en hemiabdomen superior. Analítica: Hb 9,3, Leucocitos 7070 (PMN 26,9%, Monocitos 23,2%, linfocitos 47,5%), plaquetas 114000, LDH 666, B2microglobulina 6,5, Ca-125 40,2. 3)Biopsia de adenopatía inguinal: hiperplasia linfoide folicular florida. Rx torax: normal. Estudio citométrico: Compatible con síndrome linfoproliferativo B con expresión periférica. 6)Biopsia del bazo: Linfoma B de la zona marginal esplénico. Líquido ascítico: abundante celularidad de predominio linfoide pequeño, atribuible a infiltración por linfoma de bajo grado.

JUICIO CLÍNICO: Linfoma B de zona marginal esplénico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La esplenomegalia y el síndrome constitucional, son los síntomas guía, por lo que es necesario pensar en: Enfermedad hepática/cirrosis e hipertensión portal. Infecciones (Infecciones virales, malaria, leishmaniasis, endocarditis, tuberculosis). Neoplasias hematológicas (Linfomas, tricoleucemia, neoplasias mieloproliferativas). Hematopoyesis extramedular (Mielofibrosis o talasemias). Congestión (Fallo cardíaco derecho). Inflamación (Artritis reumatoide, Síndrome Felty). Enfermedad esplénica primaria (Hemorragia, trombosis). Enfermedades por depósito (Gaucher).

CONCLUSIONES: El linfoma primario de bazo es una entidad infrecuente, de diagnóstico difícil que requiere un alto índice de sospecha, debido a que puede presentarse desde formas asintomáticas hasta una amplia variedad de síntomas y diversos desórdenes hematológicos. La esplenectomía constituye el tratamiento de elección, pues no sólo confirma el diagnóstico sino que consigue aliviar los síntomas y mejorar en la mayoría de los casos, los desórdenes hematológicos.

PALABRAS CLAVE: LINFOMA, BAZO, SÍNDROME, CONSTITUCIONAL.

CÁNCER DE HIGADO: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

ROCIO JODAR PRADOS, LAURA CASADO SEOANE, JOSEFA JURADO POZA

INTRODUCCIÓN: El hígado es el órgano interno más grande del cuerpo. El cáncer se origina cuando las células sanas cambian y proliferan sin control, y forman una masa llamada tumor.

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia y la importancia de detectar el cáncer de hígado en una fase inicial o temprana, cuando todavía se puede curar y lograr una buena supervivencia.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, tales como Medline, Cuiden y Cochrane, utilizando artículos sobre los últimos estudios realizados sobre cáncer de hígado. Revisamos un total de 15 artículos, centrándonos en los más actualizados.

RESULTADOS: La incidencia del cáncer de hígado se ha triplicado. Los hombres tienen 3 veces más posibilidades de que se les diagnostique la enfermedad que las mujeres. En España es un problema relevante, ya que se detectan entre 10 y 11 casos por cada 100.000 Habitantes y año. A pesar de considerarse una incidencia intermedia, el porcentaje se dispara cuando se sufre cirrosis y, en este segundo supuesto, oscila entre el 3% y el 5% anual. La prevención del cáncer de hígado en la población general pasa por evitar los factores de riesgo que pueden dañar este órgano. El cáncer hepático tarda años en desarrollarse, hasta 20 o 30. Es el final de un proceso que comprende la infección del hígado, su inflamación y la formación de un tumor.

CONCLUSIÓN: Sobrevivir a un cáncer de hígado está muy relacionado con el hecho de diagnosticarlo en una fase inicial. La tasa de supervivencia se sitúa en torno al 60% o 70% a los cinco años, cuando el diagnóstico es precoz. Una vez que se alcanza la remisión de la enfermedad, un aspecto muy importante es la realización de un seguimiento adecuado. Para ello es necesario realizar revisiones periódicas.

PALABRAS CLAVE: CANCER, HIGADO, PREVALENCIA, DIAGNOSTICO PRECOZ.

PRINCIPALES NECESIDADES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA FASE DE DIAGNÓSTICO.

SARAY ARENAS GUILLEN, LETICIA FERIA PAEZ, ISABEL LIMON VALLEJO

INTRODUCCIÓN: La Fase de Diagnóstico del cáncer es una de las de mayor tensión y más difíciles de afrontar. La mayoría de las personas sufren un gran impacto emocional y psicológico que las lleva a desarrollar sentimientos de pérdida, miedo, negación, rabia y desesperación. Cada persona expresa respuestas físicas y psicosociales individuales ante esta situación de incertidumbre.

OBJETIVOS: Identificar las principales necesidades del paciente oncológico en la Fase Diagnóstica.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica realizada durante dos meses. Bases de datos consultadas: Cuiden, Medline, Dialnet y Pubmed. Se han seleccionado 10 artículos publicados entre 2004-2015 escritos en lengua española.

RESULTADOS: Las personas recién diagnosticadas de cáncer necesitan información relacionada con los tratamientos y el manejo de efectos adversos. El impacto inicial dificulta el procesamiento de la información. Muchos pacientes no son debidamente informados porque el cáncer sigue siendo un tema tabú. La situación de incertidumbre en la que se encuentran estas personas tiene un impacto más negativo que el hecho de conocer el diagnóstico. La necesidad de comunicación es otra de las principales en la Fase Diagnóstica del cáncer. La comunicación no es sólo la transmisión de un mensaje, sino una situación de intercambio interpersonal durante la cual se produce una interacción profesional-paciente, adaptando la información a las necesidades del paciente y sus familiares, y todo ello sustentado por la comprensión mutua. Es imprescindible considerar el deseo y la disposición del paciente para asimilar la información y escuchar activamente. Otra de las grandes necesidades a destacar en esta fase es la necesidad de apoyo y compañía, tanto por parte del personal sanitario como por parte de familiares y seres queridos.

CONCLUSIÓN: La persona diagnosticada de cáncer sufre un gran impacto psicológico y experimenta una serie de necesidades. La información y una buena comunicación facilitan su participación en la gestión de su salud y la toma de decisiones.

PALABRAS CLAVE: CANCER, DIAGNÓSTICO, NECESIDADES, FASE DIAGNÓSTICA, INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN.

ESTUDIO RADIODIAGNÓSTICO SOBRE PACIENTES CON NEOPLASIA EN LOS ÓRGANOS RESPIRATORIOS: INFECCIÓN NOSOCOMIAL

MARINA SALAZAR HIDALGO, ARACELI SAN ROMÁN PINEDA, JOSE HIDALGO CABAÑAS

INTRODUCCIÓN: Llamamos Infección Nosocomial (IN), a la adquirida por un paciente al ser ingresado en un centro hospitalario no siendo el motivo del ingreso. Son infecciones que se contraen durante la estancia del enfermo en un hospital y que no se manifestaban ni en período de incubación al momento del ingreso.

OBJETIVOS: Determinar medidas para proporcionar información sobre la Tasa de IN contraída por pacientes con neoplasia maligna de los órganos respiratorios, en las provincias andaluzas durante el año 2014.

METODOLOGÍA: Hemos realizado un estudio descriptivo básico analizando la tasa de IN de pacientes con neoplasia maligna en los órganos respiratorios, empleando como fuente de información los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, filtrando por provincias andaluzas durante el año 2014.

RESULTADOS: La Tasa de IN es la siguiente: Almería:0,79%. Cádiz:0,34%. Córdoba: 0,52%. Granada: 1,77%. Huelva:0,00%. Jaén: 0,77% Málaga:2,09%. Sevilla: 0,99%

CONCLUSIÓN: Como podemos observar, la provincia andaluza que registró mayor tasa de IN en el 2014 fue Málaga (2,09%) seguida de Granada con una tasa de 1,77%, Almería (0,79%) y Jaén (0,77%). En cambio Huelva presentaba una tasa nula. Las IN constituyen un problema de salud pública de gran trascendencia económica y social. Son de importancia clínica y epidemiológica ya que producen altas tasas de morbilidad y mortalidad. Provoca un sobre coste asistencial, derivado de necesidades adicionales de diagnóstico y tratamiento además del incremento del coste por la estancia hospitalaria motivado por la infección y que compromete no sólo los costes clínicos referidos, sino otros como los de tipo hostelero. Jaén registró la mayor estancia media con 37 días y en último lugar Almería con 15,67 días.

PALABRAS CLAVE: RESPIRATORIO, PACIENTES, INFECCIÓN, MANIFESTACIÓN.

INFLUENCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

ANA MÁRQUEZ MORALES, DESIRÉE RAMÍREZ LÓPEZ, MARÍA YESTE ORTEGA

INTRODUCCIÓN: En los últimos años el número de ostomías ha aumentado potencialmente debido a una mayor incidencia y supervivencia del cáncer. Estos pacientes tienen una calidad de vida alterada, debido al proceso e influenciada por múltiples factores. Es fundamental el conocimiento de los mismos para aplicar un cuidado integral.

OBJETIVOS: Analizar los factores que influyen en la calidad de vida del paciente ostomizado. Determinar las intervenciones enfermeras que mejoran la calidad de vida del paciente ostomizado.

METODOLOGÍA: Se realiza una busca de datos en las bases bibliográficas Scielo, Cuiden y el buscador de Google académico usando las palabras claves y combinándolas mediante operador booleano AND.

RESULTADOS: Los factores que influyen en la calidad de vida son: Sexo, edad, apoyo familiar y psicológico, tiempo desde la intervención. Cuidados preoperatorios y postoperatorios. Tipo de ostomía. Enfermedad de base. Existencia de tratamiento coadyuvante. Educación y seguimiento tras el alta. Intervenciones enfermeras. Fase preoperatoria: Dar información necesaria sobre la ostomía. Marcaje del estoma. Examinar el posible impacto de la cirugía en el paciente y sus relaciones. Dar terapias de relajación progresivas. Fase posoperatoria: Evaluar el estado del estoma y de la piel. Identificar posibles factores de riesgo y complicaciones. Diseñar un plan de cuidados individualizado. Educación sobre sus autocuidados.

CONCLUSIÓN: Es importante tener en cuenta los factores relacionados con la alteración de la calidad de vida, para que la enfermera pueda orientar sus cuidados a las necesidades del paciente, para evitar un afrontamiento ineficaz a su nueva situación. La educación pre, post-quirúrgica y el seguimiento del paciente, de mayor edad, que vive acompañado, que ha transcurrido tiempo desde la intervención con una buena localización del estoma sin complicaciones y que recibió información antes de la intervención presenta una mayor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: OSTOMÍA, CÁNCER, ENFERMERÍA, CALIDAD DE VIDA, FACTORES.

RADIOTERAPIA RADICAL COMO TRATAMIENTO EN LINFOMA CUTÁNEO B DE LA ZONA MARGINAL LOCALIZADO

ANTONIO LOZANO SERRANO, PATRICIA TORRES DELGADO, ANA MARÍA MIRANDA LUNA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente acude a consulta médica por encontrar una lesión localizada en miembro superior izquierdo, sobreelevada y eritematosa, con aspecto de tres lesiones nodulares agrupadas con un diámetro máximo de 30 mm.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente indica la reciente aparición de la lesión, siendo única y localizada. Se realiza biopsia de la zona. Se realiza un estudio de extensión con PET-TC y biopsia de médula ósea.

JUICIO CLÍNICO: Linfoma Cutáneo de células B (LCCB) de la zona marginal en miembro superior izquierdo de 30 mm. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras ser diagnosticada por el Servicio de Anatomía Patológica como LCCB de la zona marginal, se completa el estudio de extensión siguiendo las recomendaciones para esta patología. En primer lugar, se realiza PET-TC con resultado negativo, y después biopsia de médula ósea, también con resultado negativo. Tras su diagnóstico, es remitido al Servicio de Radioterapia para su valoración. Se decide en sesión clínica la indicación de tratamiento radioterápico con intención radical. Se delimita la zona de tratamiento con márgenes amplios para recibir 36 Gy; 2 Gy por fracción con electrones, durante 5 días a la semana.

PLAN DE CUIDADOS: Se recomienda el uso concreto de una gama de cremas para pieles irradiadas dos veces al día durante el tratamiento. Una vez finalizado este tratamiento se recomienda continuar sin exponer al sol la zona irradiada, y acudir a revisión para control de toxicidad y respuesta del tratamiento en el plazo de un mes.

CONCLUSIONES: Este tipo de linfoma raramente tiene afectación extracutánea, por lo que una vez bien diagnosticado, la radioterapia es el tratamiento de elección. Se debe realizar un buen seguimiento del caso ya que son frecuentes las recidivas cutáneas; realizándose sobre éstas un tratamiento similar. A pesar de las frecuentes recidivas, el pronóstico en estos casos es excelente, obteniéndose una supervivencia a los 5 años superior al 95%.

PALABRAS CLAVE: LINFOMA, CUTÁNEO, RADIOTERAPIA, PRIMARIO, LOCALIZADO, MARGINAL.

PIROSIS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA

JORGE JUAN NAVAS MORALES, INSAF ABDESELAM ABDESELAM, ALBERTO LUIS ALBA NIETO

INTRODUCCIÓN: La pirosis es un síndrome frecuente en pacientes oncológicos, sobre todo en su fase terminal. En estos pacientes es habitual la coexistencia de alteraciones de tipo digestivas, tanto funcionales como estructurales, secundarias al proceso tumoral y fenómenos sistémicos de carácter metabólico.

OBJETIVOS: Describir como disminuir las molestias digestivas secundaria al tratamiento y tratar de mantener un correcto estado nutricional.

METODOLOGÍA: Tras una revisión bibliográfica en diversos buscadores (PubMed, Scielo) se obtiene pautas para mejorar el estado nutricional y el apetito de nuestro paciente. Se utilizan como descriptores: “Pirois”, “Oncología”, “ERGE”, “Nutrición”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano e inglés) y período temporal (2010-2017).

RESULTADOS: Dietas a base de hervidos Evitar: Alimentos tostados o ennegrecidos. Carnes, caldos. Cítricos y sus zumos. Café e infusiones de menta. Alimentos con alto contenido en grasas. Las bebidas carbonatadas. Comidas muy calientes o muy frías. Frituras de tomate. Recomendar el uso exclusivamente de aceite de oliva. Elevar la cabecera de la cama ó dormir en decúbito lateral izquierdo. Evitar la ingesta de alimentos de forma abundante al menos 2 h antes de acostarse en la noche, en especial si el sujeto presenta síntomas nocturnos.

CONCLUSIÓN: La pirosis es uno de los síntomas más molesto para los pacientes oncológicos, y que puede afectar a su estado nutricional. Por eso entendemos que es de gran importancia establecer unas pequeñas pautas que mejoren el estado nutricional del paciente y aumente su calidad de vida, sobre todo en esos momentos de más debilidad.

PALABRAS CLAVE: PIROSIS, ERGE, NUTRICIÓN, ONCOLOGÍA.

PACIENTE ONCOLÓGICO CON DOLOR Y DESORIENTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

MANUEL ROMERA VILCHEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 72 años de edad que acude a consulta porque refiere dolor en diferentes zonas corporales con predominio en columna vertebral. La familia refiere que lo notan más desorientado y confuso y con náuseas y estreñimiento. Actualmente se encuentra en tratamiento oncológico por cáncer epidermoide de pulmón desde hace 4 meses. Sus antecedentes personales son: fumador desde hace 8 años de 20 cigarrillos/día, EPOC, Insuficiencia Renal Crónica. Tratamiento farmacológico actual: broncodilatadores, furosemida 40 mgrs/día, fentanilo transdérmico 50 microgramos, enalapril 20 mgr/día.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza toma de constantes vitales: TA 120/75 mmHg, FC 71 lpm, rítmico, FR 19 rpm, Tª 36.2 °C, glucemia basal 104 mg/dl. Durante la exploración se objetiva sequedad bucal, se encuentra consciente pero desorientado y con palabras inapropiadas, temblor fino en miembros superiores. Marcha y pares craneales sin alteraciones, ROT (reflejos osteotendinosos) normales. Presencia de crepitantes inspiratorios en la auscultaciones pulmonar. No edemas. Se extrae analítica sanguínea: Hgb 10 gr/dl, fosfatasa alcalina elevada, enzimas hepáticas normales, anemia normocítica, Ca y proteínas elevadas.

JUICIO CLÍNICO: Hipercalemia con posibles metástasis óseas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Al principio se sospechaba del efecto secundario de los fármacos, alteraciones iónicas o metabólicas así como metástasis. Los datos de la analítica junto con la sintomatología orientan a una hipercalemia con metástasis óseas donde se realizará gammagrafía ósea para confirmación.

CONCLUSIONES: La hipercalemia suele aparecer en fases tardías de enfermos con neoplasia. Es una de las complicaciones más habituales en pacientes con cáncer de pulmón. El tratamiento consistirá en hidratación para lo que se canaliza vía venosa, furosemida y bifosfonatos.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, DESORIENTACIÓN, HIPERCALCEMIA, PACIENTE ONCOLÓGICO.

PACIENTE ONCOLÓGICO CON DOLOR Y ENROJECIMIENTO

ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 62 años que acude a urgencias por presentar dolor y enrojecimiento en la pierna derecha desde ayer. Además refiere sensación de pesadez. No refiere fiebre ni disnea. Actualmente se encuentra en tratamiento quimioterápico por cáncer de mama estadio IV y metástasis óseas. Sus antecedentes personales son: HTA en tratamiento con atenolol, Fibrilación auricular en tratamiento con ácido acetilsalicílico e insuficiencia venosa periférica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza toma de constantes vitales: TA 110/75 mmHg, FC 105 lpm, FR 16 rpm, Tª 36.5 °C, glucemia basal 65 mg/dl. La exploración abdominal y respiratoria es normal. A la exploración se objetiva buen estado general y edema con enrojecimiento cutáneo en miembro inferior derecho. Temperatura conservada y pulsos conservados. Se solicita eco-doppler urgente dónde se objetiva un trombo a nivel femoral, se realiza analítica urgente: dímeros- D muy elevados y aumento de enzimas hepáticas.

JUICIO CLÍNICO: Trombosis venosa profunda (TVP). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Al analizar la clínica de la paciente junto a los resultados de las pruebas, se confirma el diagnóstico de TVP.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento se basa en anticoagulantes, debido a que la paciente se encuentra en tratamiento con quimioterapia y tiene datos de alteración hepática, no sería adecuado el uso de anticoagulantes orales, comenzando así con heparina de bajo peso molecular durante 3-6 meses. Se indica a la paciente como autoadministrarse la heparina y que debe realizar reposo relativo durante los primeros días si aumentan los síntomas. Se realiza vendaje compresivo del miembro inferior. Se indica a la paciente nuevo control para realizar hematimetría y descartar trombocitopenia.

CONCLUSIONES: La TVP es la formación de un trombo en la red venosa siendo su mayor prevalencia en la red venosa profunda. Además, el cáncer es un factor de riesgo para su aparición, siendo una de las complicaciones más prevalentes en los pacientes oncológicos.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, ENROJECIMIENTO, TVP, TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.

ASCITIS DE APARICIÓN RECIENTE EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES

MARCELINO ARRIAZA GESTOSO, ROCÍO RUIZ HINOJOSA, ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a consulta una paciente mujer de 57 años, sin antecedentes de interés ni consumo de tóxicos, refiriendo disnea a moderados esfuerzos, saciedad precoz, astenia y distensión abdominal de un mes de evolución. No refiere pérdida de peso, fiebre u otros síntomas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen distendido, globuloso, algo doloroso a la palpación generalizada. No se palpan masas ni megalias. Semiología de ascitis. Extremidades inferiores sin signos de edemas ni trombosis venosa profunda. Derivamos a hospital de referencia donde se le realiza TAC abdominal en el que se visualiza líquido ascítico libres e implantes peritoneales. Se realiza paracentesis diagnóstica, extrayéndose líquido ascítico de aspecto levemente turbio y lechoso. El resultado del análisis del líquido ascítico determina probable origen neoplásico. Un estudio de extensión posterior determinó un adenocarcinoma ovárico en estadio IV con implantes peritoneales y hepáticos.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma ovárico estadio IV. Ascitis secundaria a neoplasia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se debe realizar diagnóstico diferencial con las causas de ascitis, como son hepatopatías (Cirrosis hepática, hepatitis B y C), Peritonitis bacteriana, Tuberculosis, hipoalbuminemia.

PLAN DE CUIDADOS: Tras recibir tratamiento quimioterápico en el servicio de Oncología del hospital, pasa al cargo de cuidados paliativos. Fallece 4 meses después.

CONCLUSIONES: En casos como el que se nos presenta, la exploración física supone un pilar fundamental a la hora de valorar los síntomas y signos que presente el paciente. La aparición de nuevos síntomas siempre debe hacernos descartar patologías que puedan suponer un mal pronóstico, en cuyo caso debemos derivar con celeridad para que reciba el estudio y tratamiento adecuados.

PALABRAS CLAVE: ASCITIS, ADENOCARCINOMA OVÁRICO, METÁSTASIS, ASTENIA.

TERAPIAS ALTERNATIVAS COMO INSTRUMENTO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ONCOLÓGICO

FRANCISCA FERNÁNDEZ DE BENITO, ZAHRA ALSAKKA PAYAN, MARIA DEL MAR
HERNANDEZ FLORES

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de cáncer en un paciente va a suponer unos cambios importantes tanto en la vida del paciente como en la de su familia. Su calidad de vida (dolor, fatiga, pérdida de imagen corporal, ansiedad, etc.) Se verá alterada como consecuencia de su enfermedad y de los tratamientos recibidos.

OBJETIVOS: Buscar evidencia científica de las Terapias Alternativas para su posible introducción, con las mayores garantías de calidad y seguridad, en los planes de cuidados de los pacientes con cáncer.

METODOLOGÍA: El presente trabajo es una Revisión Bibliográfica realizada entre los meses de marzo y diciembre de 2016. Estrategia de búsqueda fueron consultadas las siguientes bases de datos electrónicas: Cuiden, Cochrane Plus, PubMed, ScienteDirect.

RESULTADOS: El déficit de investigación en el campo de las Terapias Alternativas es un elemento en el que coinciden tanto los profesionales que están a favor como los que están en contra de su utilización. Aunque la evidencia científica sobre el tema en la actualidad pueda ser insuficiente, en función de los resultados encontrados creemos que sería recomendable que las enfermeras incluyeran esta terapia como una intervención enfermera más. Pero, todo ello, apoyado en futuros trabajos de investigación que incluyan no solamente los posibles beneficios sino también los posibles efectos adversos relacionados.

CONCLUSIÓN: Ante la falta de información por parte de los pacientes de su utilización, creemos que las enfermeras deben estar dispuestas a hablar con los pacientes sobre las terapias alternativas, con el fin de detectar qué terapias están utilizando para poder aconsejar sobre su uso, junto el resto de intervenciones, o bien su prohibición por los posibles efectos adversos que pudieran tener, y, asimismo, detectar aquellas que pudiesen ser consideradas como un fraude.

PALABRAS CLAVE: TERAPIAS ALTERNATIVAS, CUIDADOS COMPLEMENTARIOS, ENFERMERÍA, CÁNCER.

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS CRÓNICA

ROCÍO RUIZ HINOJOSA, MARCELINO ARRIAZA GESTOSO, ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 63 años, sin alergias conocidas, fumador, bebedor ocasional. En seguimiento por Digestivo por pancreatitis crónica con pseudoquiste pancreático, con revisiones anuales (última hacía escasos 3 meses). El paciente acude a consulta por astenia y molestias en epigastrio, con plenitud postprandial precoz y pérdida de peso en las últimas semanas. No disnea ni otros síntomas respiratorios ni digestivos. Afebril. No síntomas ansioso-depresivos, aunque su calidad de vida se había visto limitada (en incapacidad laboral temporal).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Auscultación dentro de la normalidad. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo conservado, hepatomegalia no dolorosa. No se palpan adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. Neurológico sin focalidad. Se solicita analítica: plaquetas 90000, enzimas hepáticas elevadas, glucemia basal 140 y marcadores tumorales muy elevados (antígeno carcinoembrionario 8.27 Ng/dl y Ca 19.9 750 U/ml). Radiografía de tórax con cambios enfisematosos. Ecografía abdominal que muestra neoplasia de cabeza pancreática con compromiso de la vía biliar extrahepática, adenopatías peripancreáticas y en hilio hepático y lesión hepática compatible con metástasis. Se deriva a medicina interna de manera preferente, donde se realiza punción mediante ecoendoscopia con resultado de adenocarcinoma de páncreas y metástasis hepática del mismo.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma de páncreas metastásico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Patología hepática. Neoplasia en otras localizaciones.

CONCLUSIONES: El médico de atención primaria, como primer escalón en la atención sanitaria, tiene la oportunidad de tener un seguimiento más estrecho y con mayor periodicidad que en la atención especializada. Dicha situación debe ser aprovechada para valorar los cambios en la evolución de los pacientes y reconocer la aparición de nuevos síntomas que necesitaran una actuación temprana.

PALABRAS CLAVE: PANCREATITIS CRÓNICA, ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO, DOLOR ABDOMINAL, PÉRDIDA DE PESO.

INCIDENCIA Y PRONÓSTICO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO

PEDRO JAVIER MARTÍNEZ SÁNCHEZ, FATIMA LOPEZ VALLS, JUAN JOSÉ NAVARRETE GÁLVEZ, MARIA CONCEPCIÓN SANCHEZ SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: El carcinoma broncogénico es un tumor primario pulmonar de alta malignidad que representa más del 90% de los cánceres de pulmón. La supervivencia frente a este cáncer depende de varios factores entre los que destacan la comorbilidad, el tipo histológico, el sexo, el estadio tumoral así como la demora en el diagnóstico y tratamiento. El principal causante de este tipo de tumor es el tabaco, produciendo más del 90% de los casos en varones y más del 80% en mujeres.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia y pronóstico del carcinoma broncogénico.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed y Scielo. Asimismo han sido revisados libros y revistas especializadas.

RESULTADOS: En cuanto a la incidencia, el carcinoma broncogénico se trata del segundo tumor más frecuente en varones (13%) y el tercero en mujeres (13%). Además se trata de la causa más frecuente tanto en varones (32%) como en mujeres (25%) en las que su incidencia está aumentando con mayor rapidez que en los hombres. Se produce con mayor frecuencia entre los 45 y 75 años. La media de supervivencia de los pacientes con carcinoma broncogénico no tratado es de unos 8 meses. Sólo del 10 al 35% de los tumores son resecables aunque la supervivencia a 5 años no supera el 13%; si está bien delimitado y es de crecimiento lento, la supervivencia aumenta entre el 15% para carcinomas de células grandes en estadio IIIA y el 70% para los carcinomas de células grandes en estadio I.

CONCLUSIÓN: El carcinoma broncogénico afecta por igual a hombres y mujeres. El pronóstico es generalmente malo, siendo el diagnóstico y tratamiento precoz la característica más importante para la supervivencia a este tipo de tumor así como que el tipo histológico concuerde con un tumor de células grandes.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA BRONCOGÉNICO, CÁNCER DE PULMÓN, INCIDENCIA, PRONÓSTICO, DIAGNÓSTICO PRECOZ.

GENERALIDADES DE LA IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL (ICT)

JAVIER ESPEJO DURÁN, IGNACIO MARIN CABALLERO, RAQUEL CASTRO NUÑEZ

INTRODUCCIÓN: La Irradiación Total del Cuerpo es un tratamiento de Radioterapia que forma parte del proceso de trasplante de médula ósea que se usa en el tratamiento de algunas enfermedades hematológicas como algunos tipos de leucemia, el linfoma maligno y algunos tumores sólidos, entre otros.

OBJETIVOS: Describir y conocer los aspectos generales del Tratamiento de Irradiación Corporal Total (ICT).

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: La ICT consiste en irradiar con campos de fotones de alta energía la totalidad del cuerpo y se asocia a una quimioterapia intensiva cuyo objetivo es preparar al organismo para recibir un trasplante de médula ósea. Los principales objetivos de la ICT son la inmunosupresión para impedir el rechazo del trasplante de médula ósea, la erradicación de células malignas y la erradicación de células con alteraciones genéticas. Posicionamiento: El paciente debe encontrarse a una gran distancia de la fuente, entre 4 a 5 metros en decúbito lateral derecho y el tratamiento consiste en la combinación de un campo anterior y posterior, en un paciente de pie o acostado en decúbito lateral derecho. Se realizan moldes de plomo de los pulmones personalizados para cada paciente y se colocan para proteger estos, comprobando radiográficamente su buena colocación. La ICT utiliza una tasa de dosis elevada por lo que puede tener efectos secundarios sobre el paciente. El tratamiento suele durar una hora y habitualmente, se administra de forma fraccionada con dos fracciones al día durante 3 días.

CONCLUSIÓN: La ICT es un tipo de tratamiento complejo pero muy necesario en algunas enfermedades hematológicas y para los trasplantes de médula ósea. Debe estar muy controlado y con unas condiciones de seguridad muy estrictas tanto para el personal como para el paciente.

PALABRAS CLAVE: GENERALIDADES, IRRADIACIÓN, CORPORAL, TOTAL, ICT.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE XEROSTOMÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

EVA DOMINGUEZ ANDREU, SILVIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA ÁNGELES ALEGRET COLOMÉ

INTRODUCCIÓN: La saliva es un fluido corporal esencial para el mantenimiento de una cavidad oral saludable. Entre sus funciones destacan : defensiva ya que, gracias a ella, se evitan enfermedades periodontales y caries. Además facilita la labor de masticación de los alimentos e inicia el proceso digestivo, lubricando la cavidad oral y facilitando su limpieza. La xerostomía se define como una disminución del flujo salival en condiciones de reposo.

OBJETIVOS: Determinar pautas para: mantener o restaurar la integridad de la mucosa oral en este tipo de pacientes y prevenir complicaciones tanto agudas como crónicas.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica y revisión sistemática en las bases de datos: PubMed, Scielo, MedlinePlus. Se seleccionaron artículos relacionados con el tema.

RESULTADOS: Cuidados de enfermería Eliminar ,cuando sea posible, aquellos fármacos favorecedores de la aparición de xerostomía. Recomendar la visita a un odontólogo antes de iniciar el tratamiento con radioterapia para evaluar el estado general de la cavidad oral. Tras finalizar la sesión de radioterapia, se recomienda una buena higiene dental con dentífrico flourado. Enjuagues orales a base de clorhexidina ayuda a disminuir la incidencia de caries y gingivitis. Evitar alimentos ácidos e ingerir abundante cantidad de agua durante las comidas para mantener las mucosas hidratadas. Utilizar estimulantes de saliva como caramelos o chicles sin azúcar. Las dentaduras postizas se deben retirar por la noche, y mantenerse limpias: las acrílicas en hipoclorito de sodio, metálicas en clorhexidina. Ingesta hídrica de 1,5 litros de agua diarios.

CONCLUSIÓN: La xerostomía es producida por la incapacidad de generar saliva debido a la destrucción de las glándulas salivales por la irradiación recibida en los pacientes con tumores de cabeza y cuello. La gravedad de la xerostomía y de sus manifestaciones clínicas variará en función del volumen irradiado de las glándulas salivares mayores, de la dosis de radioterapia y del número de glándulas menores incluidas.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ONCOLÓGICO, ENFERMERÍA, XEROSTOMÍA.

LINFOMA DE ALTO GRADO CD30+ Y CD20- EN PACIENTE FUMADOR

MARIA DEL PILAR ESPINOSA PULIDO, MARIA ESPINOSA PULIDO, NATALIA ESPINOSA PULIDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 55 años con los antecedentes referidos, el cual presenta astenia, anorexia y pérdida de 7 kg de peso desde Noviembre, a raíz de cuadro catarral. No ha presentado heces anormales, aunque si refiere heces mas blandas de lo habitual y tenesmo rectal. Refiere desde el verano, aumento de pérdida de fuerza. Fumador de 20 cig/dia. Diagnosticado de artritis reumatoide y en seguimiento por Reumatología. En seguimiento por Neurología por distrofia escapulohumeral versus enfermedad de primaria y secundaria motoneurona (ELA). Intervenido de hombro derecho. Tratamiento actual: deflazacort 6mg; metotrexate 2,5; ácido fólico 5 mg; simvastatina 20 mg; omeprazol 20 mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado. Palidez leve de piel y mucosas. Eupneico en reposo. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, con algún roncus y sibilante disperso en ambos campos. Auscultación cardíaca: tonos cardiacos rítmicos sin soplos ni roces. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Hepatomegalia de unos 2-3cm con consistencia irregular. No peritonismo. Bloomberg negativo. Murphy negativo. RHA conservados. MMII: no edemas, ni TVP. TAC cuello y tórax: numerosas adenopatías en espacios mediastínicos, hilio derecho y angulo cardiofrénico. Derrame pleural bilateral. Biopsia diagnostica cavum: tres fragmentos irregulares de tejido de aspecto mucoso de entre 3 y 13 mm de diámetro. Se incluyen en su totalidad tras hemisección de el de mayor tamaño en un bloque.

JUICIO CLÍNICO: Linfoma de alto grado CD30+/CD20-. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tromboembolismo pulmonar, artritis reumatoide, mononucleosis.

CONCLUSIONES: El linfoma no Hodgkin es mas frecuente en la población masculina, con peor pronóstico que el linfoma de Hodgkin ya que tiene mayor incidencia en recidiva y complicaciones varias.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, ADENOPATÍA, DERRAME PLEURAL, HEMATOLOGÍA.

CÁNCER DE MAMA: CARCINOMA DUCTUAL INFILTRANTE O CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE

MARIA DEL CARMEN GARCIA SUAREZ, JONATHAN ARIAS DUARTE, MARIA DEL MAR PASCUAL SUAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: El cáncer de mama es una a proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lo ovulillos mamarios. Es una enfermedad clonal; Donde una célula individual producto de una serie de mutaciones somáticas o de linea germinal adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden. El tumor resultante, que comienza como anomalía leve pasa a ser grave, invade tejidos vecinos y se propaga a otras partes del cuerpo. Existen 2 tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductual infiltrante y el carcinoma lobulillar infiltrante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Para detectar el cáncer de mama se utiliza diferentes pruebas como mamografía, ultrasonido mamario, con transductores de alta resolución, una prueba de receptores de estrógenos y progesterona o imágenes por resonancia magnética.

JUICIO CLÍNICO: El principal motivo de consulta en relación a las mamas de una mujer es la detección de una masa o tumoración. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnostico de cáncer de mama solo puede adoptar el carácter definitivo por medio de una biopsia mamaria.

CONCLUSIONES: Se llego a la conclusión si es un conflicto grave en un porcentaje grande para las mujeres y también para los hombres aunque sea la mínima cantidad que lo padezcan, también se concluyo que es una enfermedad terminal para las mujeres.

PALABRAS CLAVE: CANCER, MAMA, PIEL, CÁNCER, DERMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA.

EFFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN, DE RAYOS X Y RADIOTERAPIA: EMERGENCIA SANITARIA

ARACELI SAN ROMÁN PINEDA, MARINA SALAZAR HIDALGO, JOSE HIDALGO CABAÑAS

INTRODUCCIÓN: La anemia aplásica idiopática resulta de daño a las células madre en la sangre. Las células madre inmaduras en la médula ósea que dan origen a todos los otros tipos de células sanguíneas (glóbulos rojos, glóbulos blancos, y plaquetas). El daño en las células madre lleva a una reducción de la cantidad de estos tipos de células sanguíneas. La anemia aplásica puede ser causada por: El uso de ciertas drogas o la exposición a químicos tóxicos (como el benceno). Trastornos autoinmunitarios. Exposición a la radiación y/o quimioterapia. Embarazo. Virus.

OBJETIVOS: Definir las actuaciones ante la anemia aplásica en función de su causa

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura científica.

RESULTADOS: Cuando la anemia aplásica es causada por la exposición a la radiación o la quimioterapia, la condición generalmente mejorará una vez que el tratamiento concluye. Es esencial averiguar si la anemia aplásica secundaria es causada por un medicamento o una exposición. Sin tratamiento, la anemia aplásica grave conduce a muerte. El trasplante de médula ósea puede tener éxito en personas jóvenes. El trasplante también es utilizado en personas mayores o cuando la enfermedad regresa una vez que las medicinas han dejado de funcionar. Los casos leves de anemia aplásica se tratan con cuidados complementarios o pueden no requerir tratamiento. En un hospital de referencia se realiza mensualmente una media de 3600 tratamientos en el servicio de Hospital de Día Médico, de los cuales el servicio de Oncología viene realizando un promedio de 900 tratamientos con Quimioterapia, un 35% presenta anemia como efecto adverso, teniendo en cuenta que un 20% de pacientes diagnosticados de neoplasia maligna sufren de anemia neoplásica como consecuencia de la propia enfermedad.

CONCLUSIÓN: Entre ambos casos suman aproximadamente 495 ingresos que incrementan los tratamientos realizados por el servicio de Hematología en Hospital de Día Médico. Esto demuestra que no hay que restar importancia a la codificación de la anemia en los procesos neoplásicos.

PALABRAS CLAVE: ANEMIA, EXPOSICIÓN, RADIACIÓN, DAÑO.

CÁNCER DE PULMÓN: CELULAS NO PEQUEÑAS

MARIA DEL MAR PASCUAL SUAREZ, JONATHAN ARIAS DUARTE, MARIA DEL CARMEN GARCIA SUAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Es un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar y uno de los tipos de cáncer mas frecuentes a nivel mundial.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Si se detecta cáncer pulmonar, su doctor podría ordenar una TAC de pulmón, una RNM, del tórax una broncoscopia, o una exploración por PET para determinar la extensión del cáncer. Se puede realizar una biopsia con aguja del pulmón para confirmar el diagnostico.

JUICIO CLÍNICO: Los síntomas típicos del cáncer pulmonar depende de la ubicación y extensión del cáncer, pero pueden incluir: falta de aliento, dolor de pecho, tos crónica, tos con sangre, dolor crónico del hombro, depresión, fatiga, dolor de huesos fuera de lo ordinario... **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Su medico de cabecera comenzara preguntándole a cerca de su historia clínica, factores de riesgo y síntomas. Cambien se le realizara un examen físico y otros exámenes por imágenes para evaluar extensión del cáncer.

CONCLUSIONES: El paciente manifestara haber comprendido el procesos de la propia enfermedad y estar satisfecho con la información recibida.

PALABRAS CLAVE: CANCER, PULMON, CELULAS, ONCOLOGIA.

SENSACIÓN DE MAREOS Y PALPITACIONES SIN SINTOMATOLOGÍA

MARIA DEL MAR PASCUAL SUAREZ, JONATHAN ARIAS DUARTE, MARIA DEL CARMEN GARCIA SUAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 75 años, presenta desde hace 3 meses, episodios de palpitaciones y sensación de mareo inespecífico sin otra sintomatología acompañante, que se hacen más intensos los últimos 4 días.

JUICIO CLÍNICO: Presentar de forma ocasional desde hace 3 meses, episodios de palpitaciones y sensación de mareo inespecífico sin otra sintomatología acompañante, que se hacen más intensos los últimos 4 días. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el EKG se observa un ritmo sinusal a 65 lpm que alterna con un ritmo de taquicárdico de QRS estrecho sin ondas P visibles, a 110-115 lpm. Se establece el diagnóstico de taquicardia paroxística supraventricular.

PLAN DE CUIDADOS: Se inicia tratamiento con verapamilo 80 mg/8 horas.

CONCLUSIONES: Para instaurar tratamiento en la prevención de recurrencias se debe evaluar la frecuencia y severidad del paroxismo. En el caso de episodios aislados (más de tres meses) con buena tolerancia hemodinámica, de breve duración, con terminación espontánea o inducidas por el paciente, no se requiere terapia a largo plazo. Los episodios frecuentes y/o aislados con compromiso hemodinámico o sintomáticos, de larga duración que necesitan siempre de manejo farmacológico para su finalización. También puede plantearse la realización de ablación por radiofrecuencia

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza EKG y se obtiene la siguiente tira de ritmo. La paciente es remitida al cardiólogo que realiza las siguientes exploraciones complementarias: analítica incluyendo función tiroidea: normal. EKG: ritmo sinusal, normal. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado, función sistólica normal. Esclerosis ligera válvula aórtica.

PALABRAS CLAVE: MAREOS, PALPITACIONES, SINTOMAS, CORAZON.

DIPLOPÍA Y PTOSIS PALPEBRAL POR CARCINOMA PULMONAR

NURIA HERNANDEZ MARTÍNEZ, MARÍA DOLORES LÓPEZ ROJAS, MARÍA FRANCISCA GARCÍA LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Antecedentes personales: HBP, HTA, exfumador de 20 cigarillos/día (índice paquetes/año=48). Tratamiento habitual: tamsulosina/dudasteride, enalapril. Enfermedad actual: Varón de 72 años que acude a consulta por aparición busca de ptosis palpebral izquierda, inestabilidad y mareo que describe como giratorio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: TA: 140/90, glucemia: 112, FC: 80, sO₂: 97%. Consciente y orientado, funciones superiores conservadas, ptosis palpebral izquierda, paresia de recto externo izquierdo, dismetría dedo-nariz izquierda, campimetría por confrontación normal, romberg positivo con lateralización hacia la derecha, marcha normal. Otoscopia: ambos tímpanos deslustrados. ACR: tonos rítmicos apagados, no soplos. MVC. Resto sin hallazgos. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Bioquímica: FA: 113, CEA: 647, Ca 125: 153, Ca 19.9: 82, PCR: 51, LDH: 459, testosterona: 2.3, ACTH indetectable. Hemograma: Hb: 13, Hto: 37, leucocitos: 31.070, PNM: 86%. TC cráneo: extensa área de edema vasogénico infra y supratentorial, masa en silla turca que se extiende a seno cavernoso izquierdo derecho con efecto masa. TC toraco-abdominal: múltiples lesiones pulmonares en "suelta de globos", masa sólida de 65x79x55mm parahiliar derecha en lóbulo medio, adenopatías mediastínicas y parahiliares. RM cerebral: neoformación en silla turca con compromiso de seno cavernoso izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma broncogénico (T4, N2, M1) estadio IV probable oats-cells, metástasis hipofisiaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Vértigo posicional paroxístico benigno, Infecciones, ictus, infarto bulbar, neuritis vestibular, fármacos, tumores.

PLAN DE CUIDADOS: Tras diagnóstico el paciente es derivado a neurocirugía y oncología para iniciar tratamiento.

CONCLUSIONES: El 10% de los pacientes oncológicos debutan con manifestaciones clínicas atribuibles a metástasis. Un tercio de los pacientes afectados de carcinoma pulmonar presentan metástasis a distancia en el momento del diagnóstico. Esta cifra se eleva en caso de oat-cells. Pueden ser asintomáticas en el 5-10% de los casos. Las metástasis hipofisarias son más frecuentes en pacientes con cáncer de mama o de pulmón pudiendo debutar como alteraciones neurológicas y/o hormonales. Por todo es fundamental realizar una anamnesis, exploración física y diagnóstico diferencial minuciosos.

PALABRAS CLAVE: DIPLOPIA, PTOSIS, ADENOCARCINOMA, PULMONAR, SILLA TURCA.

CUIDADOS DE PACIENTE OSTEOMIZADO INTERVENIDO DE CÁNCER DE COLON

ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, ISAAC ALBA RODRIGUEZ, LORENA PAN CARDENAS

INTRODUCCIÓN: El cáncer de colon afecta a un alto porcentaje de la sociedad. El tratamiento es la cirugía y quimioterapia/radioterapia. La cirugía desemboca en la apertura de un estoma temporal/permanente, donde el profesional de enfermería presenta un papel fundamental en la educación/identificador de riesgos de problemas de salud y en el apoyo por los cambios que se van a producir. La ostomía es la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial para excretar los productos de desecho. En este proyecto se realiza una reseña de los grados de cáncer, la intervención quirúrgica, la clasificación de los tipos de ostomía, los factores de riesgo, la clínica, el tratamiento, las complicaciones, la epidemiología y la importancia que posee la enfermería en estos pacientes.

OBJETIVOS: Analizar la actuación enfermera en pacientes con una ostomía y programar intervenciones y actividades para su recuperación.

METODOLOGÍA: Se llevará a cabo un diseño de revisión sistemática, se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como, CUIDEN, SCIELO, PUBMED. De todos los trabajos seleccionamos aquellos publicados en castellano e inglés, descartando los artículos sin una base científica.

RESULTADOS: Con este proyecto pretendemos estandarizar cuidados en el paciente con ostomía, para mejorar su calidad de vida y evitar un aislamiento de la sociedad por los cambios que se producen. Intentamos inculcar estrategias para evitar complicaciones.

CONCLUSIÓN: Llegamos a la conclusión que estos pacientes necesitan un cuidado holístico, basado en aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales para mantener una calidad de vida y salud. Necesitan una orientación continua por profesionales para conseguir una vida normalizada. Es por ello por lo que en los hospitales debería de implantarse una consulta de enfermería especializada en este tipo de cuidados.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ENFERMEROS, CÁNCER DE COLON, COLOSTOMÍA, OSTOMÍA, EPIDEMIOLOGÍA.

IMPORTANCIA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN ONCOLOGÍA PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL

IRENE JUNCO VICENTE, EDUARDO JESÚS MONTILLA BURGOS, MARIA ANGUSTIAS DIAZ SANTOS

INTRODUCCIÓN: Como sabemos el diagnóstico de cáncer produce un gran impacto generando múltiples reacciones tanto a nivel físico, emocional como social, que pueden afectar a la adherencia al tratamiento y a la manera de afrontar el mismo, por ello es importante conocer todos los aspectos a través de un equipo interdisciplinar que pongan en común los diferentes puntos de vista para conseguir una mejor respuesta cubriendo todas las necesidades del paciente.

OBJETIVOS: Identificar la importancia de un equipo interdisciplinar a la hora de proporcionar unos cuidados individualizados y una atención integral al paciente oncológico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva sobre la importancia del equipo interdisciplinar en oncología para proporcionar una atención integral al paciente. Se consultaron bases de datos: CUIDEN, Medline/PubMed, SciELO. Se limitó la búsqueda entre 2011-2018. El ámbito de cobertura ha sido a nivel nacional e internacional. Se delimitó la búsqueda mediante operadores booleanos (“and” y “or”).

RESULTADOS: A través de una visión interdisciplinar aumenta considerablemente la calidad del trabajo, se identifican tempranamente los problemas y se generan unos objetivos conjuntos para el trato con el paciente. Se ha comprobado que existe un diagnóstico más completo y una mayor adherencia al tratamiento, siendo este individualizado e integral. Con ello no se limita el trabajo tan sólo a atender las necesidades básicas del paciente sino que se consigue el bienestar y una mejor calidad de vida del mismo.

CONCLUSIÓN: Con el fin de garantizar una mejor calidad de vida se realizan las acciones pertinentes a través de un trabajo conjunto integral entre los diferentes profesionales que tratan con el paciente.

PALABRAS CLAVE: EQUIPO INTERDISCIPLINAR, ENFERMERÍA, ONCOLOGÍA, ATENCIÓN INTEGRAL, CUIDADOS.

PACIENTE CON LINFOMA HODGKING TIPO ESCLEROSIS NODULAR

MIRIAM MORENO MUÑOZ, CONCEPCION MACARENA MARTIN MUÑOZ, ALMUDENA GÁLVEZ MAYOR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 29 años acude al servicio de Urgencias por presentar desde aproximadamente hace un mes tumoración supraclavicular derecha, dolorosa los últimos días y en aumento desde su aparición. Además refiere astenia en las últimas horas. No otra sintomatología acompañante. Sin antecedentes personales de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la región supraclavicular derecha se objetiva una adenopatía de aproximadamente 5 centímetros de diámetro adherida a planos profundos y de consistencia dura. Resto de la exploración sin interés. Se realiza analítica de sangre donde se objetiva trombocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación globular. En la radiografía cervical realizada se visualiza aumento de partes blandas. Se realiza biopsia de adenopatía donde se establece el diagnóstico de linfoma Hodgking tipo esclerosis nodular. Tras este hallazgo, se realiza TAC donde se objetivan múltiples adenopatías mediastínicas y paratraqueales que indican proceso linfoproliferativo.

JUICIO CLÍNICO: Linfoma Hodgking tipo esclerosis nodular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se planteó la posibilidad de linfoma, mononucleosis infecciosa, infección por VIH o tuberculosis.

CONCLUSIONES: Las adenopatías supraclaviculares son cada vez más frecuentes, por lo que realizar una buena anamnesis y un buen diagnóstico diferencial es fundamental para llegar al diagnóstico correcto. Este síntoma presenta múltiples etiologías, desde las infecciosas (como por ejemplo la mononucleosis infecciosa, VIH o tuberculosis) o por fármacos, hasta las adenopatías tumorales (linfoma o leucemia). Es necesario, además de la exploración, la realización de pruebas complementarias, tales como la analítica, el TAC o la biopsia para llegar a su diagnóstico. No existe un tratamiento específico para dicho síntoma, y solo podrá ponerse un tratamiento cuando se conozca su causa.

PALABRAS CLAVE: LINFOMA HODGKING, ESCLEROSIS NODULAR, ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR, MUJER.

IRRADIACIÓN DE HEMODERIVADOS CON FOTONES

ANA MARÍA MIRANDA LUNA, ANTONIO LOZANO SERRANO, PATRICIA TORRES DELGADO

INTRODUCCIÓN: La irradiación de componentes sanguíneos tales como hematíes, plaquetas, sangre entera y granulocitos, es un proceso fundamental para prevenir el riesgo de la enfermedad del injerto contra el huésped asociada a la transfusión (EICH), esta tiene muy baja incidencia pero si un alto índice de mortalidad (95%). La irradiación de los hemoderivados puede llevarse a cabo a través de varias líneas, entre ellas está la irradiación con acelerador lineal mediante fotones.

OBJETIVOS: Determinar la importancia y proceso de irradiación de hemoderivados realizada con acelerador lineal en el servicio de radioterapia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Los hemoderivados deben mantenerse a la temperatura adecuada para su correcta conservación por eso son enviados al servicio de radioterapia contenidos en neveras y deben ser irradiados lo más pronto posible. Es necesario que exista un protocolo de irradiación a seguir en el servicio. Se suele usar un cubo de metacrilato en el que se introducirán las bolsas de sangre y posteriormente se rellena con agua para cubrir huecos y así conseguir la mayor homogeneidad en todos los puntos del recipiente. El cubo se coloca en la mesa del acelerador como si de un paciente se tratara. Se utilizan fotones y la dosis óptima de radiación es de 25-30Gy. Al ser una dosis tan elevada suele irradiarse en dos fracciones repartiendo así las Unidades de Monitor. Se irradia con dos haces, uno de 90 y otro de 270 grados.

CONCLUSIÓN: La irradiación de los componentes sanguíneos es el único método reconocido a nivel mundial para evitar que se desarrolle la EICH, por eso es tan importante que el servicio de radioterapia realice este procedimiento sobretodo porque hoy en día se realizan una gran cantidad de trasplantes de médula ósea, células progenitoras hematopoyéticas y órganos sólidos tanto en servicios públicos como privados.

PALABRAS CLAVE: HEMODERIVADOS, SANGRE, RADIOTERAPIA, TRASPLANTE, EICH.

MORTALIDAD DEL CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA

ANGELA CALDERON HURTADO

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama representa el tipo de cáncer más frecuente en la mujer, con una incidencia anual de más de 22.000 Casos en España, el 28,5% de todos los tumores femeninos. Además, supone la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres con 6.314 Fallecimientos en 2011. En España fallecen unas 6000 mujeres al año por cáncer de mama, lo que representa el 16,7% de todos los fallecimientos por cáncer del sexo femenino en nuestro país, y el 3,3% del total de muertes entre las mujeres.

OBJETIVOS: Observar la mortalidad del cáncer de mama, en los últimos 40 años, en España.

METODOLOGÍA: A continuación, se desarrolla una relación de datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística, en los que se observa los fallecimientos por cáncer de mama en los últimos 40 años.

RESULTADOS: - Año 1975: 2953 casos. - Año 1980: 3624 casos. - Año 1985: 4289 casos. - Año 1990: 5281 casos. - Año 1995: 6011 casos. - Año 2000: 5663 casos. - Año 2005: 5703 casos. - Año 2010: 6293 casos. - Año 2015: 6477 casos.

CONCLUSIÓN: Según los datos, observamos que la mortalidad ha aumentado alrededor de un 50% en los últimos 40 años. Esto se debe al gran aumento de la incidencia del cáncer de mama. Gracias a los screening detectamos el doble de neoplasias en mama que hace 4 décadas, esto hace que aumenten también las muertes por este motivo. Mientras que el número de casos y las tasas de incidencia aumentan lentamente, el número de muertes está estabilizado en nuestro país, y las tasas de mortalidad descienden, debido sobre todo a un mejor resultado de los tratamientos y a la detección precoz de esta neoplasia.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, MAMA, MORTALIDAD, CASOS.

PREVENCIÓN DE LINFEDEMA EN PACIENTE MASTECTOMIZADA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARIA DEL MAR ACOSTA AMORÓS, ROCIO CRESPO JIMENEZ, CATALINA MARIA PEREZ SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: El linfedema es un acúmulo de líquido intersticial en el tejido derivado de un mal funcionamiento del sistema linfático. Este es una de las complicaciones más frecuentes tras el cáncer de mama que conlleva una disminución de la funcionalidad y de la calidad de vida de los pacientes afectados.

OBJETIVOS: Examinar los cuidados necesarios para prevenir el linfedema en pacientes mastectomizadas y así evitar posibles complicaciones o detectarlas precozmente.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica de los cuidados generales y ejercicios empleados para la prevención del linfedema en pacientes mastectomizadas. Para ello se han consultado en la base de datos de Medigraphic, Dialnet, Cochrane, Pubmed, además de una revisión de manuales y guías relacionadas con el tema. Como descriptores se han utilizado “linfedema”, “paciente mastectomizada”, “enfermería”, “cuidados generales”, teniendo en cuenta trabajos en inglés y español, que hayan sido publicados entre 2007 y 2017. De los 315 artículos encontrados, se han seleccionado los 21 trabajos que tenían más interés con el tema a estudiar.

RESULTADOS: Tras estudiar el material seleccionado encontramos una serie de recomendaciones y cuidados generales para la prevención del linfedema. Cuidados generales: evitar en el lado afecto sacar sangre, poner inyecciones, tomar TA. Evitar ropa apretada. Mantener una higiene adecuada, secando minuciosamente y utilizar crema hidratante. Evitar coger peso. Tomar precauciones para evitar lesiones en la piel del brazo afecto. No exponer al sol sin protección solar. Utilizar maquinilla eléctrica para rasurar la axila. Dieta sana para prevenir el sobrepeso. Mantener el brazo elevado el mayor tiempo posible. Descanso nocturno. Ejercicios: ejercicios respiratorios que favorezcan la relajación. Ejercicios para favorecer el flujo linfático. Ejercicios de prevención de linfedema. Automasaje.

CONCLUSIÓN: Enseñar los cuidados y ejercicios recomendados puede evitar la aparición de linfedema y contribuir a una recuperación más rápida de la paciente tras una mastectomía.

PALABRAS CLAVE: LINFEDEMA, PACIENTE MASTECTOMIZADA, ENFERMERÍA, CUIDADOS GENERALES.

DERRAME PLEURAL DERECHO EN MUJER JOVEN CON TUMOR PHYLLODES EN REMISIÓN

MARÍA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, ANA MARÍA TORRES VEGA, ARACELYS JOSEFINA NARVÁEZ RUIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 53 años fumadora con AP de tumor Phyllodes maligno de mama derecha BIRADS IV tratado con mastectomía simple. Remitida para estudio de derrame pleural derecho que coincide con cuadro de infección respiratoria. Se ingresa a la paciente para estudio con toracocentesis diagnóstico-evacuadora y TC de tórax con contraste.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Peso 44.1Kg, TA 130/71 mmHg, FC 95 lpm, sat. O₂ 92%. Buen estado general, bien coloreada y ligeramente taquipneica en reposo. No adenopatías palpables. ACR con tonos rítmicos, sin soplos, mv conservado en hemitórax izquierdo, abolido hasta campos medios en hemitórax derecho. Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos de interés. Pruebas complementarias: Analítica básica dentro de la normalidad. Líquido pleural: exudado. Citología sin evidencia de malignidad (C2). Radiografía de tórax: derrame pleural derecho leve y aumento de densidad en segmento anterior del LID. TC de tórax con civ: recidiva tumoral en pared pleural derecha con lesión de 21x29mm, engrosamiento pleural y moderado derrame pleural basal y atelectasia derecha.

JUICIO CLÍNICO: Recidiva pleural bulky de tumor Phyllodes de mama. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Etiología neoplásica (metástasis, mesotelioma, etc.), Infecciosa (tuberculosis, neumonía, infección VIH...), Autoinmune, enfermedad cardiopulmonar (TEP, Sd. De Dressler, etc), patología pancreática y miscelánea (amiloidosis, etc.).

CONCLUSIONES: - El tumor phyllodes representa sólo el 1% de las tumoraciones mamarias. Sólo el 25% presenta características de malignidad. Las metástasis (pulmón, pleura, hueso, hígado) son hematógenas y ocurren en los borderline y los malignos. - La paciente se traslada a hospital de referencia y tras confirmar la recidiva pleural, comienzan quimioterapia paliativa con pésima tolerancia. Posteriormente, se traslada a nuestro hospital, donde se ofrece tratamiento dirigido al control de síntomas por parte de la Unidad de Cuidados Paliativos, falleciendo un mes más tarde. - El control de síntomas por parte de profesionales formados en Cuidados Paliativos, mejora la calidad de vida de los pacientes en situación terminal.

PALABRAS CLAVE: TUMOR PHYLLODES, TORACOCENTESIS, DERRAME PLEURAL MALIGNO, RECIDIVA PLEURAL, QUIMIOTERAPIA, CUIDADOS PALIATIVOS.

COMPARISON OF REFERENCE T1 MAPPING TECHNIQUES FOR RADIATION THERAPY RESPONSE ASSESSMENT QA

REBECA HERNANDEZ RODRIGUEZ, FÉLIX NAVARRO GUIRADO, MARIA BELÉN RÍOS POZO

INTRODUCCIÓN: Quantitative analysis on T1 map may be used for radiation therapy response assessment. In order to ensure the absence of bias, a calibration test may be periodically performed.

OBJETIVOS: Evaluate the time consumption and agreement among different T1 mapping techniques for reference measurements.

METODOLOGÍA: Inversion recovery sequences for spin echo (IR-SE), fast spin echo (IR-FSE) and single shot fast spin echo (IR-SSFSE) were used to scan a phantom with several compartments with different concentrations of Gd with T1 ranging from 250 to 600 ms. A Levenberg-Marquard fitting algorithm was used to obtain T1 maps from the two-parameter equation $S/S_0 = A(1 - 2e^{(-TI/T1)})$. TR was set to 7 s, TI sampled were 50, 250, 680, 1000 and 4000 ms and TE was set to 9 ms for all sequences. Echo train length was set to 5 for IR-FSE. Scan times for 3 128x128 slices were registered and the mean differences between T1 maps obtained using IR-SSFSE and IR-FSE against those obtained with IR-SE were computed for every compartment.

RESULTADOS: IR-SE scans consumed 1 h 47 min, IR-FSE scans consumed 10 min 30 s and IR-SSFSE scans consumed 2 min 4 s. Differences between IR-FSE and IR-SE T1 maps ranged from 0% to 10% while the differences between SSFSE-IR and IR-SE T1 maps ranged from 5% to 18%.

CONCLUSIÓN: If an accuracy of 10% for the T1 measurement is accepted IR-FSE can be used but, for a better performance, IR-SE is required despite its long scan time.

PALABRAS CLAVE: MAGNETIC RESONANCE, QUALITY ASSURANCE, RADIATION THERAPY, T1 MAPPING.

TÉCNICAS DE MANTENIMIENTO Y CUIDADO DEL PICC DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL DE DÍA

MARIA DEL PILAR JIMENEZ CARBALLO

INTRODUCCIÓN: El PICC es un catéter de larga duración (de 6 a 12 meses) de inserción periférica que se utiliza para diversos tratamientos endovenosos que son continuados en el tiempo y/o para administración de medicamentos vesicantes. Requiere de unos cuidados y mantenimiento muy específicos, necesitando una correcta formación por parte del equipo de enfermería y la plena colaboración del paciente/familia en el domicilio, garantizando así un correcto mantenimiento del catéter y evitando posibles complicaciones, tales como infección y/o obstrucción del mismo.

OBJETIVOS: Que el equipo de enfermería realice de manera correcta el mantenimiento y cuidado del PICC a través de las técnicas más adecuadas, evitando así, posibles complicaciones. Todo ello hará que el paciente mantenga sus necesidades cubiertas aumentando su grado de confort.

METODOLOGÍA: Para la elaboración de esta comunicación se han consultado bases de datos tales como: MEDLINE, EMBASE, RENA O Cochrane. Revisado procedimientos normalizados de trabajo como el siguiente: 'Procedimiento normalizado de trabajo. Mantenimiento del catéter central de inserción periférica'. - Sº Hematología y Hemoterapia U. T. P. H. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

RESULTADOS: El equipo de enfermería realizará un correcto mantenimiento y cuidado del PICC reduciendo el riesgo de infección del mismo y las complicaciones que esto conlleva para el paciente, mejorando así su calidad de vida, haciéndole más llevadero su proceso de enfermedad.

CONCLUSIÓN: Un adecuado mantenimiento del PICC hará que disminuya la probabilidad de infecciones y complicaciones además de conseguir una mayor satisfacción del paciente y por lo tanto mejorar su seguridad y autoestima.

PALABRAS CLAVE: PICC, CUIDADOS, MANTENIMIENTO, TÉCNICA, ENFERMERÍA.

PARÁMETRO ANALÍTICO ALTERADO EN UNA GESTANTE

ANA LEYVA ALARCON, BEATRIZ HIDALGO MARTIN, LUIS SOLDADO RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Gestante de 37 semanas, que en revisiones rutinarias se ha evidenciado VSG elevada y derrame pericárdico. Al inicio del embarazo refiere que tuvo dos infecciones de orina pero niega infecciones recientes. No refiere otra sintomatología. Antecedentes Personales: Absceso mamario en 2014, Anemia gestacional. Tratamiento habitual: Tardyferon y Yodocefol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, eupneica, afebril. Se palpan adenopatías axilares de menos de 1 cm no dolorosas. Exploración neurológica sin alteraciones. ACR: Murmullo vesicular conservado. Tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. MMII sin edemas ni signos de TVP. -Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica normales, excepto Velocidad de Sedimentación Globular (VSG): 105 mm/h -Biopsia mediante PAAF de adenopatía axilar: Se evidencian células de Hodgkin/Reed-Sternberg. -PET-TC de cuerpo entero: Refuerzo en la captación del radiofármaco sobre engrosamiento pericárdico y captación leve sobre ganglios axilares.

JUICIO CLÍNICO: Linfoma de Hodgkin, subtipo esclerosis nodular, estadio IIB. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Elevación de VSG idiopática debido al estado gestacional Anemia severa Proceso infeccioso Enfermedad Autoinmune.

CONCLUSIONES: La VSG se encuentra elevada en prácticamente todos los procesos que cursan con inflamación: enfermedades reumáticas, infecciones y en algunas neoplasias, por lo que es totalmente inespecífica. Se eleva a las 24 h de iniciado el estímulo inflamatorio y no suele normalizarse hasta al cabo de cinco a diez días de su resolución. En este caso, la causa de esta elevación fue tumoral, evidenciándose células típicas de Reed-Sternberg. El linfoma de Hodgkin afecta con mayor frecuencia a los ganglios linfáticos del cuello o en el área entre los pulmones y detrás del esternón, aunque también se puede originar en grupos de ganglios linfáticos en las axilas, la ingle, o en el abdomen o la pelvis.

PALABRAS CLAVE: HODGKIN, GESTACIÓN, ADENOPATÍAS, BIOQUÍMICA.

RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN RELACIÓN CON LOS TURNOS NOCTURNOS

INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO, EMILIO DAVID BUZ GARRIDO, ELISABET JIMÉNEZ MONTES

INTRODUCCIÓN: Los ritmos circadianos son controlados por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, aunque factores exógenos como la luz y la oscuridad favorecen su regulación. Algunas hormonas, como la melatonina (hormona con efectos oncostáticos), son secretadas durante la fase oscura de este ciclo. Los turnos de trabajo nocturnos provocan la alteración del ritmo circadiano y, por tanto, de la melatonina, cuya secreción se ve interrumpida debido a la utilización de luz artificial en los periodos nocturnos, lo que se asocia a un mayor riesgo de padecer cáncer de mama.

OBJETIVOS: Con este estudio se persigue conocer la influencia de los turnos de trabajo nocturnos en el desarrollo de cáncer de mama.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión de la literatura, desarrollada en base a una búsqueda bibliográfica en inglés y español en las bases de datos Pubmed, Cuiden y Cochrane, en base a unos criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

RESULTADOS: La práctica totalidad de los estudios consultados establece una relación positiva entre los turnos de noche y la posibilidad de desarrollar cáncer de mama, y, afirman que, a mayor tiempo trabajado con estos turnos mayor es la probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer. Incluso algunos estudios afirman que instituciones como la IARC y el CIIC han clasificado los turnos de trabajo nocturnos como un probable factor cancerígeno. Este hecho se relaciona con la interrupción de la secreción de melatonina, debida a la exposición a la luz artificial en horario nocturno.

CONCLUSIÓN: Los turnos de trabajo nocturnos, en relación con el uso de luz artificial en los mismos, se traduce en una interrupción en la secreción de melatonina y un aumento de la probabilidad de desarrollar cáncer de mama.

PALABRAS CLAVE: NIGHT WORK, SHIFT WORK, BREAST CANCER, BREAST CANCER RISK FACTOR.

CÁNCER DE COLON: RELACIÓN CON EL ESTILO DE VIDA

GLORIA LOPEZ-COZAR GAMIZ, CRISTINA MATEOS GARCIA, JOSE ANTONIO LÓPEZ-CÓZAR GÁMIZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer se identifica como uno de los problemas sanitarios más relevantes por su elevada morbilidad y creciente incidencia. El cáncer sigue teniendo una connotación social negativa y un alto impacto emocional, asociándose a "dolor, descomposición corporal y muerte cercana". El cáncer colorrectal es un problema de salud de primer orden por su elevada incidencia y morbilidad.

OBJETIVOS: Corroborar si el estilo de vida marca un vial de seguridad y prevención ante el cáncer colorrectal.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos en diferentes buscadores y bases de datos: Pubmed-medline, cochrane, Cuiden PubMed. Descriptores: Cáncer colorrectal, Estilo de vida, Dieta, Prevención. Se han seleccionado artículos de estudio a nivel nacional en personas diagnosticadas de CCR con edad comprendida entre 60 y 90 años.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos sugieren que el CCR depende en gran medida del estilo de vida, como queda de manifiesto en las grandes variaciones en las frecuencias de aparición observadas entre diferentes países. Su prevalencia es mayor en los países desarrollados, lo cual indica cierta relación con el desarrollo económico. Se ha estimado que hasta un 70-80% del cáncer colorrectal podría ser atribuido a la acción de factores dietéticos, ambientales y/o relacionados con el estilo de vida.

CONCLUSIÓN: Si pudiéramos identificar y modificar factores ambientales y estilo de vida, podríamos prevenir un gran número de los casos de cáncer colorrectal. La dieta es uno de los componentes modificables relacionados con el estilo de vida más importante, un gran número de estudios sugieren que las verduras, la fruta, una dieta rica en fibra, y ciertos micronutrientes podrían proteger de la aparición del CCR. Estas afirmaciones sugieren la importancia de causas potencialmente modificables que en gran medida podrían prevenirse.

PALABRAS CLAVE: ESTILO DE VIDA, DIETA, PREVENCIÓN, CÁNCER COLORRECTAL.

LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS

ALBA DELGADO LOPEZ, ANA BELEN MORENO MANZANO, MARTA PAEZ GARCIA, FRANCISCO GARCIA RENTERO

INTRODUCCIÓN: La QUIMIOTERAPIA, engloba una gran variedad de fármacos. Actúan llegando prácticamente a todos los tejidos del organismo, ejercen su acción tanto en células malignas como en las sanas. Debido a la acción de los medicamentos sobre estas últimas, pueden aparecer una serie de síntomas, denominados efectos secundarios.

OBJETIVOS: Conocer, informar y enseñar los efectos secundarios.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando descriptores relacionados con el tema a tratar. Google académico.

RESULTADOS: Mucositis: beber dos litros de líquido al día, buena higiene bucal, pasta y cepillo suave, enjuagues con agua tibia, sal y bicarbonato sódico. Náuseas y vómitos: comida en pequeñas cantidades y a tº ambiente. Evitar líquidos en comidas, olores desagradables y fuertes y comidas grasas. Diarrea: introducir lentamente líquidos, beber dos litros de agua al día. Evitar bebidas irritante, café, leche, alcohol, evitar comidas con mucha fibra e ingerir alimentos desgrasados. Estreñimiento: tomar alimentos ricos en fibra, beber líquido en abundancia, hacer ejercicio suave todos los días, el más adecuado andar y utilizar laxantes o enemas si su médico lo prescribe. Alopecia: utilizar champús suaves y crema suavizante, no teñir el pelo, cortarse el pelo antes de que comience a caer, el uso de pelucas (sintéticas, pelo natural, postizas o permanentes.). Recordar la piel del cuero cabelludo ya no está protegida del sol, utilizar sombrero, gorra o crema. Alteraciones de la piel y uñas: proteger del sol con cremas, sombreros. Evitar baños calientes prolongados, piel limpia y seca, evitar lociones con alcohol. Infecciones: evitar contacto con otras personas con infección. Lavado de manos con frecuencia, buena higiene bucal Disgeusia: beber en abundancia, comer alimentos frío o templados, al vapor, saborear caramelos sin azúcar, evitar pescados y carnes blandas. Astenia: planificar actividades y hacer ejercicio físico (caminar), delegue tareas, rutina a la hora de dormir.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de estos efectos y su control para prevenirlos o aliviarlos es fundamental para poder afrontar y superar el Cáncer tanto a nivel fisiológico como psicológico.

PALABRAS CLAVE: SALUD, PACIENTES ONCOLOGICOS, EFECTOS SECUNDARIOS, QUIMIOTERAPIA, CANCER.

ANALGESIA DE ELECCIÓN ANTE UN DOLOR ONCOLÓGICO

IVAN MARTINEZ MORENO, ELENA CARRASCO ORTIZ, JOSÉ MARÍA PIÑEIRO GARCIA

INTRODUCCIÓN: El dolor es una sensación desagradable, es una señal de nuestro cuerpo de que algo no va bien. El dolor puede ser agudo o crónico. Además representa uno de los principales síntomas de los pacientes que están recibiendo un tratamiento hemato-oncológico o están en un estadio muy avanzado de dicha enfermedad.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo principal es determinar qué medidas farmacológicas tenemos a nuestro alcance para paliar el dolor hemato-oncológico.

METODOLOGÍA: Es una revisión teórica sistemática, qué hemos llevado a cabo en las bases de datos: Medline, Scielo, Lilacs, Cochrane. En la búsqueda obtuvimos un total de 26 artículos, siendo 10 los finalmente escogidos.

RESULTADOS: En este tipo de pacientes el tratamiento influye tanto en los aspectos de su vida, que el papel desde AP es muy importante. Sobre todo a la hora de mostrar empatía y asertividad. En muchas ocasiones estos pacientes sufren dolor, y reciben menos atención de la que deberían. La escalera analgésica de la OMS modificada: Primer escalón: AINE's tienen 3 acciones terapéuticas: analgésica, antiinflamatoria y antipirética. Dentro de este primer escalón pero sin componente antiinflamatorio incluimos al metamizol y paracetamol. Segundo escalón: Opioides débiles, fármacos agonistas que actúan sobre los receptores opioides específicos del SNC. Como: codeína, y sobretodo tramadol. Están indicados en dolores moderados que no ceden a los fármacos del primer escalón. Tercer escalón: Opioides potentes, son los analgésicos más potentes, su efecto farmacológico depende de la estimulación de receptores situados fundamentalmente en el SNC. Como: morfina, metadona, fentanilo; hay que tener en cuenta los efectos secundarios e intentar evitarlos.

CONCLUSIÓN: La farmacológica utilizada será muy importante para que el paciente no sufra de dolor durante su proceso de enfermedad o final de vida, para mejorar así su calidad de vida hay que tener en cuenta también los posibles efectos secundarios de la medicación e intentar evitarla.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, ANALGESICOS, DOLOR ONCOLOGICO, OPIOIDES, AINTIINFLAMATORIOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A RADIOTERAPIA

EVA MOLERO CARRILLO, ANDRES GARCIA HERRUZO, CARMEN MARIA GONZALEZ GALAN

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones de la piel como efecto secundario debido al tratamiento de la radioterapia en el paciente oncológico supone un problema que perjudica a la calidad de vida de la mayoría de pacientes sometidos a este tratamiento, efectos que dependerán de la dosis utilizada, la zona irradiada y de la duración del tratamiento; estos pueden revertirse o no al finalizar el tratamiento.

OBJETIVOS: Conocer cuales con las recomendaciones y los cuidados que puede realizar el personal de enfermería ante pacientes sometidos a radioterapia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática sobre el tema, utilizando las siguientes bases de datos: Pubmed, CUIDEN y Scielo. Utilizando los descriptores tanto en inglés como en español: cuidados, piel, radioterapia, enfermería. Se obtuvieron 31 referencias y se han utilizado 17 entre los años 2008-2018.

RESULTADOS: Los cuidados de la piel se basan en evitar jabones, cremas y desodorantes en la zona a irradiar. El empleo de ungüentos o pomadas que puedan contener metales pesados como el zinc, puede producir aumento de la dosis de radiación. Evitar la depilación, no quitarse las marcas cutáneas que guían al profesional que aplica la radioterapia. Usar ropa amplia, de algodón o de hilo y evitar temperaturas extremas, frío o calor, y la exposición al sol.

CONCLUSIÓN: Para poder realizar unos cuidados de calidad al paciente oncológico es imprescindible que el personal enfermería conozca toda la información relativa al cuidado de la piel del paciente, además de otras muchas intervenciones que precisan dichos pacientes.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, RADIOTERAPIA, PIEL.

DRENAJE INTRATUMORAL EN GIST ABDOMINAL CON RESPUESTA A TRATAMIENTO

PEDRO LOPEZ LEIVA, FACUNDO ALBERTI VARGAS, JOSÉ ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 63 años. Antecedente de cardiopatía isquémica revascularizada, sin alergias, valorado en junio de 2013 por digestivo con dolor epigástrico y anemia, tras gastroscopia-biopsia e imagen se diagnostica de masa de 11 cm en curvatura menor gástrica sin adenopatías e informe patológico sugerente de tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Se realiza gastrectomía en agosto de 2013. El informe anatomopatológico refleja GIST de 104 mm con 7 mitosis por campo y mutación en exón 9 cKIT con alto riesgo de recidiva. Inicia adyuvancia con imatinib, 800 mg diarios, desde septiembre de 2013 hasta Agosto de 2016. En Enero de 2017 es hospitalizado en oncología por dolor abdominal, las pruebas reflejan masa abdominal, ante sospecha de recidiva reinicia tratamiento con imatinib, tras 12 semanas, en Abril de 2017 el paciente mantenía dolor abdominal y la reevaluación mostró criterios de respuesta (licuefacción de la masa) sin reducción de tamaño. Se colocó drenaje precutáneo intratumoral con emisión de 150 ml diarios de contenido hemático y estabilidad clínica solo precisando transfusiones periódicas de hemoderivados. En pocos días mejoró el dolor. Permaneciendo asintomático, sin complicaciones infecciosas, en respuesta radiológica (masa de 11 cm) y en espera del tratamiento quirúrgico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ECOG 0. TC enero 2017: masa abdominal sólida de 23 cm, infiltra asas intestinales. TC abril 2017: masa abdominal con tamaño similar a previa. TC agosto 2017: Disminución de tamaño. Catéter de drenaje.

JUICIO CLÍNICO: GIST. Recidiva abdominal en respuesta a tratamiento. Drenaje intratumoral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Una masa abdominal en el adulto obliga a descartar origen vascular (aneurisma aórtico) o tumoral. La densidad radiológica de la misma determinarán la etiología.

CONCLUSIONES: En este caso, la densidad sólida de la masa y los antecedentes concretaron el diagnóstico. Confirmado por la respuesta a la terapia (imatinib) con transformación quística. El drenaje de la cavidad tumoral mejoró los síntomas compresivos sin añadir comorbilidad.

PALABRAS CLAVE: GIST, INTERVENCIONISMO, MASA ABDOMINAL, IMATINIB, ONCOLOGÍA.

EL EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA

SARA MARGARITA ROMERO LUQUE, MARÍA SOLEDAD DOMÍNGUEZ DEL VALLE, MARÍA ISABEL MAQUEDA ALBARRÁN

INTRODUCCIÓN: Altos niveles de estrés, síntomas de ansiedad y depresión son comunes en enfermería, esto se agrava si el servicio requiere una gran demanda de trabajo físico y mental, por lo que proporcionar acciones de apoyo es vital. Debido a la importancia del tema, hemos creído conveniente realizar este estudio.

OBJETIVOS: Conocer el efecto terapéutico de la musicoterapia sobre el estrés y la ansiedad en enfermería en el servicio de oncología.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura científica entre septiembre 2017-febrero 2018, con búsquedas bibliográficas en bases de datos: COCHRANE PLUS, PubMed, CUIDEN, MEDLINE, CINAHL y EMBASE. Se seleccionaron 4 artículos que cumplieron como criterios de inclusión: fecha de publicación entre 2013-2018, diseños de estudio: revisión sistemática, estudios controlados y aleatorizados, y estudios observacionales; y criterios de calidad metodológica según instrumento CASPe.

RESULTADOS: Los resultados observados muestran que los enfermeros que trabajan en entornos de alta intensidad y exigentes como la unidad de oncología, sufren altos grados de estrés y ansiedad, y que escuchar música puede ser beneficioso para su bienestar psicológico. Escuchas repetidas de música revelaron una mejoría significativa de los resultados psicológicos para el grupo de intervención. Se redujeron de manera significativa la ansiedad y el estrés ($P = 0.007$). También disminuyeron los síntomas psicosomáticos ($P = 0.005$) Y los niveles de depresión ($P = 0.019$). Los hallazgos muestran que la música es un recurso rentable en el desarrollo de intervenciones para reducir el estrés y mejorar el bienestar del servicio.

CONCLUSIÓN: Las intervenciones que apoyan la resiliencia de enfermería como es la música, son importantes para la calidad de atención al paciente. La reproducción de música proporciona de una manera rentable, factible y atractiva alivio a los factores estresantes que enfermería tiene en el servicio de oncología, y por lo tanto reduce el estrés y la ansiedad.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, ESTRÉS, MUSICOTERAPIA, ONCOLOGÍA.

METÁSTASIS PULMONAR EN VARÓN DE 49 AÑOS

ISABEL BAREA CALVENTE, MARIA DEL CARMEN BAREA CALVENTE, ISABEL MARÍA FERNÁNDEZ DE LOS SANTOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 49 años de edad con vida activa que acude a la consulta por referir disnea a pequeños esfuerzos. Se trata de un paciente diagnosticado hace aproximadamente 8 meses de un osteosarcoma de miembro inferior derecho; el cual fue tratado mediante intervención quirúrgica (amputación supracondílea) y quimioterapia. Está en tratamiento con paracetamol debido al dolor que presenta en la zona de amputación. Refiere que desde hace más o menos diez días se fatiga con actividades físicas pequeñas y que tiene tos seca e irritativa. No ha tenido fiebre y refiere dolor en el pecho.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza una analítica que objetiva una hemoglobina de 10 y un hematocrito de 30 cifras similares a las habituales en él. SatO₂: 96%. En la radiografía de tórax se visualizan lesiones compatibles con metástasis pulmonares.

JUICIO CLÍNICO: Disnea debido a metástasis pulmonar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se sospechó que dicha disnea fuese causada por alguna patología cardíaca o respiratoria, se sospechó también la existencia de un tumor debido al haber padecido uno anteriormente. Tras la realización de la RX de tórax se confirma que presenta metástasis pulmonar.

CONCLUSIONES: Los tumores metastásicos en los pulmones son cánceres que se desarrollan en otros lugares del cuerpo. Luego se propagan a través del torrente sanguíneo o el sistema linfático a los pulmones. La cura es improbable en la mayoría de los casos de cánceres que se han propagado a los pulmones. Sin embargo, el pronóstico depende del cáncer principal. Algunos cánceres, como el linfoma, son muy tratables e incluso curables. En pocas ocasiones, una persona puede vivir más de 5 años con un cáncer metastásico a los pulmones.

PALABRAS CLAVE: TOS, DOLOR, DISNEA, RX TÓRAX, METÁSTASIS PULMONAR.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CRIZOTINIB EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO

FATIMA ARTIME RODRÍGUEZ-HERMIDA, JAIME MATEO CARMONA, LUCÍA RODRÍGUEZ CAJARAVILLE, SARA GUIJARRO HERRERA

INTRODUCCIÓN: Crizotinib es un inhibidor de quinasa para el tratamiento de carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK).

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de crizotinib en pacientes con CPNM ALK-positivo.

METODOLOGÍA: Estudio observacional retrospectivo de pacientes CPNM ALK-positivo, desde 2013 hasta 2017. Las variables incluidas fueron: edad, sexo, hábitos tabáquicos, performance status(PS), tratamientos previos y posteriores. La respuesta se midió mediante criterios RECIST(respuesta completa(RC), parcial(RP), estabilidad de la enfermedad(EE), progresión y no medida (NM)). Para la evaluación de la efectividad, se midió la supervivencia libre de progresión(SLP) y supervivencia global(SG). Se registraron las reacciones adversas (RAMs). Se analizaron los registros médicos y de dispensación.

RESULTADOS: Se evaluaron 7 pacientes(57.1% Hombres y edad media 54.3 Años(33-73)), 57.1% Eran fumadores. El 42.9% Era PS 0 y el 57.1% PS 1. El 14.3% De los pacientes estaban en 1ª línea, 71.4% 2ª Línea y 14.3% 3ª Línea, siendo el tratamiento más frecuente Platino+pemetrexed como primera línea (42.9%). La mediana de la SLP fue de 8 meses y la mediana de la SG, 9 meses. Las respuestas obtenidas fueron: 14.3% RC, 28.6% RP y 42.9% NM (1 exitus y 1 pérdida). El 57.1% Pacientes continuaban en tratamiento en el momento de recogida de los datos y solo un paciente progresó tras 9 meses de tratamiento, recibiendo posteriormente gemcitabina. Las RAMs notificadas: 42.9% Trastornos de la visión y diarrea, 28.6% Nauseas y estreñimiento y 14.3% Cansancio, mareos, edema, pérdida de peso y erupción cutánea. No se notificó ninguna grado III-IV.

CONCLUSIÓN: La SLP obtenida fue similar a la del estudio PROFILE 1007 de crizotinib en pacientes pretratados, como la mayoría de nuestros pacientes, aunque no podemos sacar conclusiones por el tamaño muestral reducido (SLP:7.7 Meses). También coincidieron las RAMs más frecuentes (trastornos de la visión (60%) y diarrea (60%).

PALABRAS CLAVE: CRIZOTINIB, ITK, PULMÓN, CÁNCER.

INCIDENCIA DEL CÁNCER DE PIEL EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

ESTEFANIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, JUAN CARLOS LINGE PEREZ, MARIA OLIVA RODRIGUEZ ROBLES

INTRODUCCIÓN: Es el cáncer mas frecuente en el ser humano y ha aumentado su frecuencia en los últimos años a nivel mundial. Los pacientes con tumores de la piel acuden en etapas muy avanzadas, sobre todo los melanomas, cuando ya no se puede ofrecer tratamiento, por lo que es importante que la población entienda la importancia y gravedad de esta enfermedad para poder prevenirla y tratarla a tiempo.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia del cáncer de piel en la población española.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica realizada desde el año 2006 en la que se han utilizado distintas bases de datos: PUBMED, SCIELO entre otras.

RESULTADOS: La incidencia del cáncer de piel se aumenta con la edad, aunque actualmente se están descubriendo un numero creciente de casos en pacientes jóvenes Tiene una mayor incidencia en hombres. El factor mas importante involucrado en la patogénesis del cáncer de piel es la radiación ultravioleta.

CONCLUSIÓN: La incidencia de cáncer de piel en España, es un fenómeno que va aumentando con el paso de los años y que requiere medidas preventivas que conduzcan al control de la enfermedad en nuestro medio. En general por su procedimiento lento y el bajo riesgo de metástasis, la mayoría de estos tumores son curables. Por ello, se deben ofrecer conocimientos para detectar de forma temprana el cáncer de piel y favorecer campañas a nivel nacional, ya que en general es sencillo reconocer los signos de esta enfermedad puesto que tiene la ventaja de estar a la vista Se deben hacer exámenes rutinarios de la piel al igual que cualquier otra parte del cuerpo.

PALABRAS CLAVE: MELANOMA, ENFERMEDAD, INCIDENCIA, PIEL, PREVENCIÓN.

CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

MARÍA PEÑA GÓMEZ, LAURA CARBONERO GARCÍA, ROSARIO CRIADO CEREZO

INTRODUCCIÓN: Cuando se habla de calidad de vida se puede equiparar a personas que sufren una enfermedad y como consecuencia una disfuncionalidad o discapacidad relacionada con el proceso. La calidad de los cuidados mide las necesidades alteradas en los pacientes con patologías oncológicas, para después establecer actividades de enfermería más propicias para la situación.

OBJETIVOS: Analizar actividades de enfermería individualizadas que cubran en gran medida las necesidades alteradas.

METODOLOGÍA: La búsquedas bibliográficas se han realizado consultando revisiones bibliográficas en organismos oficiales y guías prácticas. Aplicando la metodología enfermera se han priorizado diagnósticos de enfermería y a partir de las Taxonomías NANDA, NIC y NOC se ha elaborado unos planes de cuidados.

RESULTADOS: Con la aplicación del plan de cuidados de enfermería se ha priorizado los diagnósticos de enfermería con las actividades adecuadas, con el fin de ofrecer a nuestros pacientes unos cuidados de calidad y en concordancia a sus necesidades.

CONCLUSIÓN: El cáncer es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado de la división de las células del cuerpo. Lo que conlleva una gran incidencia y mortalidad asociados a los diferentes tipos de patologías oncológicas. Cabe destacar que este tipo de patologías responden con tratamientos fuertes, causando estos daños a muchas células en crecimiento, incluyendo algunas células sanas. Estos son los llamados efectos secundarios tan temidos por los pacientes.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, CÁNCER, ONCOLOGÍA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

EL CA 19-9 EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

ANA MARIA TRIGO ZAMBRANO, ALBERTO GONZALEZ ANDRADE, MARIA DEL MAR GARCIA MIÑON

INTRODUCCIÓN: El Ca 19-9 es una proteína que se encuentra en la superficie de algunas células cancerosas. No provoca cáncer aunque al ser liberado por las células tumorales es de utilidad como marcador tumoral, y por tanto, permite seguir la evolución del cáncer. No es lo suficientemente sensible y específico como para poderlo utilizar como prueba en el laboratorio de cribado de cáncer y no es un diagnóstico de un concreto tipo de cáncer. Este marcador tumoral hace una diferenciación entre cáncer de páncreas y otras situaciones no cancerosas, como la pancreatitis, también realiza una detección precoz de la aparición de recidivas del cáncer de páncreas. Además efectúa una monitorización de la respuesta al tratamiento del cáncer y/o de la progresión del cáncer

OBJETIVOS: Analizar el CA 19-9 en el laboratorio del Hospital Virgen del Rocío.

METODOLOGÍA: Se recogen resultados obtenidos durante el primer mes del año 2018 de la Base de datos OMEGA 3000 del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Dichos resultados se obtienen por técnicas de radioinmunoanálisis en el Cobas 8000.

RESULTADOS: En Enero de 2018 recibimos un total de 1584 muestras para la determinación de Ca 19-9. De esas 1584 muestras se obtuvieron 177 muestras con valores superiores al rango de normalidad. Valores de Referencia: 0-37 UI/l.

CONCLUSIÓN: Aproximadamente en un 70-95% el Ca 19-9 se encuentra elevado en pacientes con cáncer de páncreas avanzado, aunque también se puede elevar en otros tipos de cáncer como el cáncer de colon, pulmón, etc.

PALABRAS CLAVE: PÁNCREAS, CÁNCER, MARCADORES, ANTÍGENOS.

CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PROCESO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

SANDRA ESTEBAN RODRÍGUEZ, ISABEL VICTORIA DOMÍNGUEZ LÓPEZ, MARIA TERESA VALIENTE CHICO

INTRODUCCIÓN: Las terapias con quimioterapia y radioterapia constituyen los elementos terapéuticos fundamentales en la patología oncohematológica, pero en determinados casos, el trasplante de médula ósea es el tratamiento preferido y puede ofrecer la mejor, o incluso la única oportunidad de sobrevivir.

OBJETIVOS: Determinar el proceso de trasplante de médula ósea y sus cuidados. Identificar el papel de la enfermería en todas las partes del proceso de trasplante y resaltar su importancia.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía más relevante sobre el proceso de trasplante de médula ósea en un periodo de tiempo desde 2005 hasta la actualidad. Se realiza la búsqueda en bases de datos, tales como Biblioteca Cochrane, Cuiden, Scielo y Enfermería Global. Además de información de organizaciones del Sistema Nacional de Salud y asociaciones tales como la Fundación Josep Carreras.

RESULTADOS: En la prefase de trasplante se valora la capacidad funcional del receptor y en función de la tipificación de las HLA del receptor se establece el donante. Durante la fase de trasplante tiene lugar el tratamiento de acondicionamiento tras ello se lleva a cabo la infusión de médula. Enfermería es la encargada de gestionar, supervisar y proporcionar que todos los cuidados se realicen de una forma integral. Además será la encargada de la infusión de médula ósea, y de notificar y actuar ante cualquier variación. Finalmente trabajará junto con el resto de equipo en el seguimiento del paciente trasplantado y se ocupará de proporcionar una educación de salud durante todo el proceso y en especial en el momento de alta.

CONCLUSIÓN: El grado que tiene en este proceso enfermería ha ido creciendo llegando a constituir una de las partes más importantes debido al gran numero de cuidados que suministran al paciente para que su evolución sea la más favorable.

PALABRAS CLAVE: TRASPLANTE, MÉDULA ÓSEA, CUIDADOS, ENFERMERÍA, PSICOONCOLOGÍA.

SEGUNDO TUMOR METACRÓNICO EN UNA MUJER CON CÁNCER DE MAMA EN REMISIÓN

PEDRO LOPEZ LEIVA, FACUNDO ALBERTI VARGAS, JOSÉ ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 51 años hipertensa que consulta en febrero de 2015 en ginecología por tumoración en mama derecha que tras mamografía, ecografía y biopsia mamaria se diagnostica de carcinoma ducal infiltrante de mama derecha sin adenopatías axilares patológicas. Intervenido en abril de 2015 mediante tumorectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) de la axila derecha positiva y posterior linfadenectomía axilar derecha. El posterior estudio de extensión fue negativo. Con diagnóstico de carcinoma de mama estadio IIA completa terapia complementaria con antraciclinas, taxanos y radioterapia sobre mama y axila intervenidas y sigue vigilancia con tamoxifeno diario desde noviembre de 2015. En diciembre de 2017 consulta por adenopatía cervical derecha de 3 semanas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tumoración cervical derecha de unos 2 cm dolorosa al tacto, dura y adherida a planos profundos. Sin adenopatías axiales palpables. PET diciembre 2017: múltiples adenopatías metastásicas a nivel cervical bilateral, supraclavicular bilateral, mediastínico, abdominal e inguinal bilateral sin otras captaciones viscerales ni óseas. Biopsia ganglionar inguinal: borramiento de la arquitectura normal y células de Reed-Sternberg y células de Hodgkin.

JUICIO CLÍNICO: Cáncer de mama triple negativo, pT1c pN1 M0 (estadio IIA) en remisión. Linfoma de Hodgkin. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Las adenopatías múltiples pueden sugerir un proceso infeccioso, hematológico, autoinmune o tumoral. Un antecedente de cáncer de mama sugiere la presencia de enfermedad mamaria diseminada, aunque el diagnóstico definitivo se obtendrá tras el estudio histológico del ganglio linfático.

PLAN DE CUIDADOS: Actualmente la paciente permanece pendiente de iniciar tratamiento sistémico por hematología.

CONCLUSIONES: Las segundas neoplasias primarias, han aumentado su incidencia fundamentalmente por una mayor supervivencia de los pacientes oncológicos y son posibles causas el uso de radioterapia y quimioterapia para el primer tumor.

PALABRAS CLAVE: CANCER, ONCOLOGIA, MAMA, LINFOMA, ADENOPATIAS.

LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

MARÍA MAGDALENA DELGADO PÉREZ, OLGA MARIA ROBLES MONTERO, MARÍA FRANCISCA MALAGÓN LORCA

INTRODUCCIÓN: El cáncer infantil por desgracia está a la orden del día ya que cada vez hay más casos de cáncer. Es una enfermedad difícil de tratar ya que no solo sufre el paciente si no la familia,,, en este caso los padres al ver el sufrimiento de su hijo.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados del auxiliar de enfermería en pacientes oncológicos pediátricos.

METODOLOGÍA: Se consulta información sobre el tema del auxiliar de enfermería en los cuidados del auxiliar de enfermería en pacientes oncológicos pediátricos y nos centramos en dos artículos sobre los cuidados de enfermería en pediatría oncológica y en su familia.

RESULTADOS: Los auxiliares tenemos un papel importantes en los cuidados del niño enfermo y deberemos informar sobre varios aspectos que son muy importantes en la fase de la enfermedad; como tener una buena higiene que ayudara también a prevenir así de infecciones, la alimentación también es otro punto importante deberemos de ver los gustos del paciente y así intentar que tome más tomas en pequeñas cantidades, y no agobiarlo ya que puede rechazarlos. Con la medicación deberemos informar que habrá técnicas dolorosas y lo explicaremos con toda la paciencia y empatía del mundo. Deberemos ser un gran apoyo para la familia ya que el día tras día hará que se origine una relación con muchos sentimientos encontrados y habrá que respetar los momentos de autoestima baja e intentaremos estar ahí para ayudarles.

CONCLUSIÓN: La pediatría oncológica es un gran reto, emocionalmente deberemos estar preparados para ver morir a niños pequeños, a sus padres y deberemos mantenernos fuertes para transmitir positividad y fuerza a enfermos y familias. Todo el equipo que trata este tipo de pacientes debe de trabajar con paciencia, empatía, saber estar, ya que hay situaciones muy difíciles y deben de intentar al menos de hacer más llevadero el camino de la enfermedad y sus diferentes etapas, ya que a veces termina con la muerte.

PALABRAS CLAVE: AUXILIAR DE ENFERMERIA, PACIENTES, ONCOLOGICOS, PEDIATRICOS.

PREVENCIÓN DE LA EXTRAVASACIÓN PERIFÉRICA DE AGENTES ANTINEOPLÁSICOS

ELISABET JIMÉNEZ MONTES, EMILIO DAVID BUZ GARRIDO, INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ
DEL CAMPO

INTRODUCCIÓN: La extravasación periférica de agentes antineoplásicos es una de las complicaciones más graves del tratamiento oncológico, con una incidencia estimada de 0,5-6,5%. La prevención se ha establecido como la mejor estrategia en su abordaje.

OBJETIVOS: Conocer las mejores estrategias preventivas de la extravasación periférica de agentes citostáticos.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en la que se consultaron bases de datos científica: PubMed, Scopus, Cochrane, WOS, Trip Date Base y CSIC. En todas ellas, se aplicó una cadena de búsqueda creada mediante términos clave y el uso de los operadores booleanos “AND” y “OR”. La selección de los artículos se hizo en base a criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS: La extravasación periférica de citostáticos representa el 15% de todas las complicaciones asociadas al tratamiento. La vía venosa periférica supone un riesgo por sí misma. Las intervenciones con mayor grado de evidencia para la prevención del problema de salud son: evaluar el riesgo del paciente (extremos de edad, calidad de la red venosa, obesidad...); seleccionar catéteres flexibles de pequeño calibre y longitud; localizar el dispositivo en zonas no articulares; verificar retorno venoso; evitar el uso de bombas de infusión; y fijar el catéter adecuadamente. Existen otras intervenciones entre las que existe controversia. No obstante, se destaca la importancia de enfermería en la prevención de la extravasación.

CONCLUSIÓN: La prevención garantiza la administración segura de quimioterapia. Los enfermeros responsables deben ser especialistas en el tema, capaces de hacer una valoración holística del paciente y determinar aquellos pacientes que presenten múltiples factores de riesgo, con el fin de poder plantear una alternativa a la vía periférica en caso de riesgo potencial de extravasación.

PALABRAS CLAVE: EXTRAVASACIÓN PERIFÉRICA, QUIMIOTERAPIA, CITOSTÁTICO, PREVENCIÓN.

LA ASPIRINA PARA MEJORAR LA VIDA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE COLON

SONIA ALIX LERIA, MARTA CORTÉS CAMPOS, LAURA TORRES FUENTES

INTRODUCCIÓN: El papel preventivo de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAIDs) y la aspirina, en particular, sobre el cáncer colorrectal está bien establecida. Más recientemente, se ha sugerido que la aspirina también puede tener un papel terapéutico.

OBJETIVOS: Analizar el efecto terapéutico de la aspirina como tratamiento adyuvante utilizado después del diagnóstico de pacientes con cáncer colorrectal.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, en Embase y en el Registro Central Cochrane de Estudios Clínicos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials). Revisando uno de los artículos nos remite a un estudio, donde 4481 pacientes fueron diagnosticados de cáncer colorrectal en el período 1998 – 2007.

RESULTADOS: Se observa un aumento de la supervivencia para los usuarios de aspirina. Distinguiendo del cáncer de colon del rectal, la ganancia de supervivencia fue sólo en el cáncer de colon. En el cáncer rectal, el uso de aspirina no se asoció con la supervivencia. El uso de los NSAIDs se asoció con una disminución de la supervivencia.

CONCLUSIÓN: El uso de aspirina iniciado o continuado después del diagnóstico de cáncer de colon se asocia con un menor riesgo de mortalidad general. Estos resultados apoyan firmemente la iniciación de un ensayo controlado con placebo, donde se investiga el papel de la aspirina como tratamiento adyuvante en pacientes con cáncer de colon.

PALABRAS CLAVE: SUPERVIVENCIA, ASPIRINA, PACIENTES, CÁNCER COLORRECTAL, ANTIINFLAMATORIOS.

USO DE LA HIPERTERMIA COMBINADA CON TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS

MANUEL REYES DIAZ DUEÑAS, MARIA DOLORES LEON SERRANO

INTRODUCCIÓN: La hipertermia se emplea en combinación con los tratamientos oncológicos, por lo cual es una terapia adyuvante que consiste en aumentar la temperatura de la zona a tratar, ya que está demostrado que esta elevación de temperatura, potencia el efecto de la radioterapia o la quimioterapia, ayudando de esta forma al control y a la curación de la enfermedad.

OBJETIVOS: El objetivo es determinar provocar un aumento de temperatura de forma controlada en la zona anatómica donde está situado el tumor, con el fin de aumentar la radiosensibilidad de las células cancerígenas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática de diversos artículos sobre la temática planteada utilizando para ello distintas bases de datos.

RESULTADOS: Antes esta técnica no era muy usada y no tenía un protocolo concreto, unas de las causas por la que no tenía mucho peso dentro de la oncología. Sin embargo, debido a los avances y desarrollo en los sistemas de aplicación, se está empezando cada día a usar más, ya que se está demostrando su eficacia sin tener efectos adversos. Centrándonos en el uso de esta técnica, la combinación entre la radioterapia y la hipertermia tiene una gran ventaja: la elevación de la temperatura en la zona a tratar, nos proporciona mayor control del tumor, con la misma dosis de radiación, o el mismo control del tumor, pero con una dosis de radiación más reducida. Todo esto sin efectos adversos adicionales.

CONCLUSIÓN: Está técnica ha incrementado la calidad de vida de los pacientes y su supervivencia, ya que se está demostrando que aumenta los beneficios que se obtienen de los tratamientos oncológicos con unos resultados muy positivos y además sin provocar efectos adversos.

PALABRAS CLAVE: TEMPERATURA, RADIOTERAPIA, RADIOSENSIBILIDAD, HIPERTERMIA.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: PACIENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

JUAN ANTONIO RUIZ GAYANGO, ANA LEONOR SILVA RODRIGUEZ, ROSA MARIA SOTO ENRIQUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 58 años de edad, paciente oncológico derivado por hospital a nuestro servicio (paliativos), por dedicarse nuestro servicio comúnmente a pacientes de estas características. Tras su llegada e instalación en la habitación, realizamos valoración inicial y escalas de valoración del dolor, riesgo de UPP.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente a su llegada a nuestro servicio esta diagnosticada y reevaluada de su enfermedad y es derivada a nuestro servicio para cuidados paliativos.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de estreñimiento. Déficit de autocuidado. Sufrimiento espiritual. Manejo inefectivo del régimen terapéutico. Dolor crónico. Riesgo de infección. Hipertermia. Riesgo de caídas. Trastorno del patrón del sueño. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Carcinoma ductal infiltrante con metastasis osea.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: Autocontrol de la ansiedad. Integridad tisular: piel y mucosas. Control del riesgo. Eliminación intestinal. Autocuidados. Bienestar espiritual. Esperanza. Resolución de la aflicción. Muerte digna. Calidad de vida. Aceptación del estado de salud. Conducta de cumplimiento. Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria. NIC: Disminución de la ansiedad. Escucha activa. Fomentar el sueño. Prevención de úlceras por presión. Vigilancia de la piel. Cuidados de las úlceras por presión. Manejo del estreñimiento/impactación. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. Ayuda con los autocuidados: alimentación. Apoyo espiritual. Facilitar el perdón. Cuidados en la agonía. Asesoramiento. Enseñanza: proceso de la enfermedad. Enseñanza: procedimiento/tratamiento. Apoyo en la toma de decisiones. Manejo del dolor. Administración de analgésicos. Control de evacuación. Protección contra las infecciones. Mejorar el sueño. Vigilancia. Prevención de caídas. Colaboración con el medico.

CONCLUSIONES: Lo mas importante en este plan de cuidados es conseguir la mejor calidad de vida posible para el paciente, y la mayor información y aclaración de dudas de la familia para que no se queden con ellas ante la despedida de un ser querido. El plan de cuidados varia según la evolución y evoluciones del paciente.

PALABRAS CLAVE: LET, CUIDADOS PALIATIVOS, MUERTE DIGNA, CANCER.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ERITRODISESTESIA PALMOPLANTAR: A PROPOSITO DE UN CASO

MARIA PILAR CAMARERO GOMEZ, ROBERTO DE ABAJO RABANAL, MARÍA GEMA ROMERO GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 57 años derivado desde Digestivo para tratamiento por parte de oncología. Alergias: Alergia a frenadol. Hábitos tóxicos: No fumador. Bebedor de aproximadamente 4-5 cervezas diarias. Previamente ingesta severa. Estuvo en centro drogodependencia enolismo Enfermedades de interés: No HTA, No DM, No Dislipemoa. Hernia hiato, Anillo Scahetzki Hepatopatía crónica enólica, en seguimiento por Digestivo Ca. De recto distal. Inicia tratamiento con Quimioterapia y Radioterapia Neoadyuvante, con un esquema de Capecitabina 5 ciclos (4000 mg al día durante 14 días).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras el primer ciclo de Capecitabina el paciente presenta cuadro de eritrodisestesia palmoplantar o Síndrome mano-pie GI. Tras el segundo ciclo presenta toxicidad GII con ampollas y solución de continuidad en planta de ambos pies.

JUICIO CLÍNICO: Eritrodisestesia palmoplantar secundaria a tratamiento con Capecitabina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: No es preciso, ya que los síntomas señalan claramente al Síndrome mano-pie secundario a tratamiento con Quimioterapia

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza antes del inicio del tratamiento con Capecitabina una primera consulta con el paciente para informarle de cómo debe tomar la medicación y las precauciones a seguir con el tratamiento. Se le explican también los efectos secundarios que puede presentar, incluido el Síndrome mano-pie, y se le hace hincapié en la vigilancia y los cuidados a seguir si aparece la toxicidad.

CONCLUSIONES: Tan importante son los cuidados una vez que ha aparecido el síndrome como los conocimientos que posea el paciente sobre los síntomas que debe vigilar y los cuidados y medidas preventivas que debe realizar de manera ambulatoria. Por ello es importante el seguimiento por parte de enfermería en este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: ERITRODISESTESIA PALMOPLANTAR, ENFERMERÍA, CAPECITABINA, SÍNDROME MANO-PIE.

PRIMER EVENTO TROMBOEMBÓLICO EN PACIENTE: DESPISTAJE DE NEOPLASIA OCULTAS

ROSARIO MARTIN NAVARRO, ALBA GIL MORILLAS, MARIA ISABEL MERCADO MONTORO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 44 años sin antecedentes personales de interés, fumador de 20cig/día. Consulta en Urgencias por dolor en gemelo izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración solo se objetiva leve tumefacción y se palpa cordón venoso en dicha zona. Se realiza Dímero D :33608 ng/ml y una eco- doppler venosa que no fue concluyente. Se pone tratamiento con enoxaparina 100mg/24h y se deriva a consultas de enfermedad tromboembólica venosa, recomendando seguir con la misma dosis y realizar una nueva determinación de dímero D y eco doppler a la semana. El paciente empeora la sintomatología y acude de nuevo a urgencias ingresándose en Medicina interna. Al ingreso se realiza una Rx tórax en la cual se describe un nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho. Se reinterroga al paciente y refiere disnea en los últimos días de esfuerzo, por lo que se solicita un Angio-Tc confirmando un TEP subsegmentario en LID, así como un nódulo pulmonar en LSD con Adenopatía ipsilaterales patológicas sugerentes de neoplasia de pulmón estadio IIIB. Tras el hallazgo en el Tc se solicita broncoscopia que no fue diagnóstica y mediastinoscopia la cual nos dio el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón. Durante el ingreso y 6 meses siguientes el paciente estuvo en tratamiento con HBPM bemiparina 10000sc/24h.

JUICIO CLÍNICO: TVP a nivel femoro-poplíteo izquierdo. TEP subsegmentario LID. Adenocarcinoma pulmón estadio IIIB. **CONCLUSIONES:** La aparición de un evento tromboembólico en el paciente oncológico supone un factor de riesgo independiente que se asocia a una elevada morbilidad y mortalidad. Importante destacar que tras un primer episodio tromboembólico idiopático en pacientes con sospecha clínica de neoplasia oculta se debe de realizar un screening. Los estudios demuestran que un screening completo nos ayuda a diferenciar la mayoría de los cánceres ocultos tras un evento tromboembólico, sin embargo no mejora la supervivencia del paciente, por lo que tendríamos que individualizar.

PALABRAS CLAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, SCREENING, NEOPLASIA OCULTA, EVENTO TROMBOEMBÓLICO.

EL RETINOBLASTOMA CON FORMA UNILATERAL Y HEREDITARIA

ANA ARANA MORENO, FRANCISCO MANUEL GALÁN FERNÁNDEZ, ROBERTO DANIEL VALDERAS ÁLVAREZ

INTRODUCCIÓN: El retinoblastoma es una mutación en un gen. Procediendo a la no división de células, volviéndose éstas cancerosas. Si la mutación es hereditaria, es probable que los hijos de la persona afectada estén también afectados, entrarían en el grupo de altas probabilidades de desarrollarlo. También está el público objetivo cuya familia no ha desarrollado nunca este tipo de cáncer, llamado unilateral. Tenemos que mencionar que es más probable en niños menores de 6 años, concretamente uno y dos años. Mejorar síntomas que pueden afectar: a visión doble, ojos desalineados, enrojecimiento, baja visión, estrabismo, iris de diferentes colores, Pueden estar tanto uno como los dos afectados. Suele presentar la pupila con manchas blancas, con un brillo blanco. En las fotografías con flash puede observarse la pupila con este brillo blanco, en vez del ojo rojo. En caso del cáncer diseminado, se da dolor óseo y otros. En la estadificación se clasifica en: extraocular (fuera del ojo) e intraocular (dentro del ojo).

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca del tratamiento del retinoblastoma.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Se pueden tratar por medio de: Cirugía o láser. Crioterapia. Quimioterapia, también para tejido próximos. Extirpación de un ojo (enucleación), sino tiene respuesta a anteriores tratamientos. Estas son opciones varían en función de la localización y tamaño del tumor. Se realiza un examen físico completo, incluyendo: examen de ojos, tomografía computarizada, resonancia magnética, dilatación de pupila, ecografía del ojo, Etc.

CONCLUSIÓN: La curación puede consistir en un tratamiento agresivo o su extirpación si fuese necesaria. La tasa de curación es más efectiva si no se ha diseminado a otro tejido próximo del ojo, dependerá de la forma de diseminación. Pudiendo expandirse a cerebro y huesos a través del nervio óptico. Se puede producir ceguera en el ojo afectado. Es importantísima la prevención, especialmente si se detectan los síntomas antes mencionados.

PALABRAS CLAVE: RETINOBLASTOMA, FORMA, UNILATERAL, HEREDITARIA.

METÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA IN SITU DE MAMA

MARIA GONZALEZ SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: La biopsia de ganglio linfático centinela, consiste en un procedimiento en el que se identifica, se extirpa y se examina el ganglio linfático centinela para determinar si existen células cancerosas presentes.

OBJETIVOS: El objetivo de éste trabajo es evaluar la frecuencia de metástasis en el ganglio centinela en pacientes que se le han realizado biopsia tras detectarles carcinoma in situ.

METODOLOGÍA: Realizaremos un estudio retrospectivo, donde revisaremos a todas aquellas pacientes diagnosticadas en un centro de referencia diferente al nuestro actual durante los tres últimos años.

RESULTADOS: De todas las pacientes diagnosticadas durante los 3 últimos años, elegimos un total de 45 pacientes para llevar a cabo nuestro estudio. De esas 45 pacientes se realizó la BSGC en el 87,3% de los casos. En el diagnóstico definitivo de la pieza quirúrgica 27/45 pacientes fueron infiltrantes. El 53% del total de las pacientes se les realizó CC. Las pacientes que en la definitiva fueron infiltrantes se les realizó, de forma significativa mayor porcentaje de cirugía radical (62%).

CONCLUSIÓN: Como conclusión, los datos actuales no permiten establecer una recomendación en el uso de BSGC de forma sistemática en los pacientes con tumores in situ, sin embargo, según nuestra experiencia, la valoración axilar mediante BSGC puede aportarnos información mucho más fidedigna en el estado de la axila de las exploraciones de imagen.

PALABRAS CLAVE: CANCER, CENTINELA, METASTASIS, BIOPSIA.

CÁNCER DERIVADO DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

ANA ARANA MORENO, FRANCISCO MANUEL GALÁN FERNÁNDEZ, ROBERTO DANIEL VALDERAS ÁLVAREZ

INTRODUCCIÓN: Normalmente los síntomas aparecen en etapas avanzadas: asintomáticos. Los síntomas más comunes son: pérdida de peso, pérdida de apetito, náuseas, dolor en el abdomen, picazón, hinchazón, fiebre, sangrado, ictericia, Etc. Entre los más inmediatos sería tomar actitudes saludables que ayuden a que su cuerpo esté en equilibrio, como: realizar actividad física, no beber alcohol, hacer dieta prolongada, consumir poca sal, reducir el colesterol y los triglicéridos, etc.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca del cáncer derivado del hígado graso.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Algunos de estos tumores actúan produciendo hormonas que afectan a otros órganos y puede provocar: bajos niveles de azúcar, aumento del tamaño de senos, niveles altos de calcio, en hombres reducción tamaño testículos, enrojecimiento, etc. La EHGNA, enfermedad de hígado graso no alcohólico, es acumulación de grasa no por ingesta de alcohol y ni siquiera tienen antecedentes. Tiene que ver con los problemas de sobrepeso, pudiendo causar insuficiencia hepática. Esta dolencia puede también derivar en cáncer.

CONCLUSIÓN: Los pacientes que sufren este tipo de cáncer suelen sentirse peor de lo habitual.

PALABRAS CLAVE: DERIVADO, CÁNCER, HÍGADO GRASO, NO ALCOHÓLICO.

METÁSTASIS CEREBRALES DE LOS CARCINOMAS RENALES

MARIA GONZALEZ SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales representa menos del 5% de las neoplasias en adultos y pueden metastatizar en un 27% al diagnóstico.

OBJETIVOS: El objetivo principal en éste trabajo será analizar un estudio de todos aquellos pacientes con metástasis cerebrales y que hayan sido diagnosticados anteriormente de carcinoma renal.

METODOLOGÍA: De los pacientes estudiados durante los 6 últimos meses, el 48% el motivo de acudir a consulta es por inestabilidad de la marcha. Durante el estudio, se realiza RMN por posible lesión cerebelosa sugestiva de meningioma. Se realizan además exéresis macroscópica completa de la lesión y anatomía patológica, dando como resultado metástasis de carcinoma renal de células claras.

RESULTADOS: Como resultado del estudio, se desestima radioterapia craneal por ausencia de enfermedad residual. Tras 6 meses de seguimiento, no hay evidencia de enfermedad tumoral. La extirpación de metástasis no se ha evaluado sistemáticamente de forma prospectiva y aleatorizado, por lo que el resultado favorable tras la resección de la enfermedad metastásica solidaria puede reflejar un sesgo en la selección.

CONCLUSIÓN: Como conclusión, no existe criterio unánime respecto al tratamiento ideal del cáncer renal metastásico de cerebro, sin embargo, en el caso de una metástasis solitaria la exéresis quirúrgica, parece ser la opción terapéutica más apropiada.

PALABRAS CLAVE: MATASTASIS, CEREBRO, RENAL, CÁNCER.

