



MENSAJE DE LA PRESIDENCIA

Saludo con profundo respeto y admiración a toda la comunidad de enfermería oncológica que nos lee a través de esta edición. Nuestro rol en el equipo multidisciplinario de salud es vital; somos la ciencia que cuida y el corazón que acompaña al paciente en su batalla más difícil.

En cada jornada, en cada tratamiento y en cada palabra de aliento, ustedes demuestran que la enfermería oncológica es tanto una ciencia rigurosa como un acto extraordinario de humanidad. Afrontar los retos del cuidado del cáncer exige una fortaleza única, y es un orgullo ver cómo nuestra comunidad profesional responde siempre con los más altos estándares de excelencia y compasión.

Desde la Presidencia, reafirmamos nuestro compromiso de seguir impulsando el reconocimiento de nuestra especialidad, abriendo espacios para la investigación y el desarrollo académico. Cada uno de ustedes es el pilar fundamental en la calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias. Sigamos liderando el futuro de la salud con el rigor y la empatía que nos caracterizan.

Jessica López Santiago, RN, MSN, CON, BCCN
Presidenta

JUNTA DIRECTIVA

Jessica López Santiago, RN, MSN, CON, BCCN
Presidenta

Rosendo Santana, RN, MSN, CON
Vicepresidente

Alyda Gines, RN, BSN, CON, BCCN
Secretaria

Marisely Carrasquillo, RN, BSN, OCN, BCCN
Tesorera

Vocales:

Alexandra Matos-RN, BSN, CON
Comité Nominaciones

Wanda Adames – RN, BSN, CON, BCCN
Comité Actividades

Daisy Rivera Ocasio- RN, BSN, CON
Comité Educativo

Maria Medina Sánchez -RN, BSN, CON
Comité Membresía

Marjorie Canales – RN, BSN, CON
Comité Investigación

Editora:

María E. Lugo, RN, BSN, CON, BCCN, PN, MD Assistant,
Compliance Supervisor

Anastacia Ramos-RN, BSN, CON, BCCN
Colaboradora/Correctora estilo

¿Sabías que...?

“Somos los ojos y oídos que detectan los cambios más sutiles, actuando como la primera línea de defensa y el motor emocional para la recuperación de cada persona”



Voces No Escuchadas: Escasez de Opioides para Pacientes con Cáncer Avanzado en Puerto Rico

PERSPECTIVA PROFESIONAL

Yuissa N. Hernández Sierra, DNP, APRN, FNP-C

Enfermera de Práctica Avanzada con enfoque clínico en Oncología

Nota del autor: Este artículo refleja la perspectiva profesional de la autora, fundamentada en su experiencia clínica directa como enfermera de práctica avanzada en oncología en Puerto Rico, y no constituye un estudio de investigación empírica.

Resumen

El dolor relacionado con el cáncer continúa siendo una de las consecuencias más temidas de la enfermedad maligna, y los analgésicos opioides son fundamentales en su manejo. Sin embargo, en Puerto Rico, la disponibilidad de opioides para pacientes con cáncer avanzado está muy por debajo de la necesidad clínica real, una brecha que es más severa en las áreas rurales de la isla. Este artículo examina el alcance de la escasez de opioides que afecta a los pacientes con cáncer avanzado en Puerto Rico, sus implicaciones clínicas y sistémicas, y las barreras estructurales incluyendo las políticas restrictivas de las aseguradoras, la escasez de medicamentos a nivel de farmacia, y los efectos no intencionados de las políticas nacionales sobre la crisis de opioides que la perpetúan. Basado en la experiencia clínica como enfermera de práctica avanzada en oncología y en las guías actuales de la Sociedad Americana de Oncología Clínica y la Organización Mundial de la Salud, este artículo argumenta que la escasez constituye una crisis de equidad en salud y no solo un problema de abasto, y propone un conjunto de soluciones multifacéticas a nivel de política pública, educación y práctica clínica. Garantizar el acceso equitativo a la analgesia opioide para los pacientes con cáncer avanzado, independientemente de su ubicación geográfica o situación económica, se presenta como una obligación ética urgente para el sistema de salud de Puerto Rico.

Palabras clave: dolor oncológico, escasez de opioides, cuidado paliativo, equidad en salud, Puerto Rico, enfermería oncológica

Introducción

El dolor relacionado con el cáncer sigue siendo una de las consecuencias más temidas de la enfermedad y su tratamiento. A pesar de los avances en el manejo del dolor, este síntoma continúa siendo prevalente y significativo en la población oncológica. En Puerto Rico, la disponibilidad de opioides para el manejo del dolor en pacientes con cáncer avanzado está muy por debajo de las necesidades reales, especialmente en las áreas rurales. Este ensayo examina la crisis actual de escasez de opioides para pacientes con cáncer avanzado en Puerto Rico, sus implicaciones, y propone posibles soluciones.

El Alcance del Problema

Según las guías recientes de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés), aproximadamente entre el 55% y el 75% de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor de moderado a severo, y los opioides son fundamentales en su tratamiento (Paice et al., 2022). Sin embargo, en Puerto Rico, la disponibilidad de estos medicamentos está significativamente por debajo de las necesidades reales de la población, particularmente en las áreas rurales.

Como enfermera oncológica en Puerto Rico, he sido testigo de primera mano de la lucha diaria que enfrentan los pacientes con cáncer avanzado para recibir un tratamiento adecuado del dolor. Esta situación es particularmente aguda en los pueblos rurales de la isla, donde el acceso a servicios de salud especializados ya es limitado. La escasez de opioides no es solo un problema de abastecimiento; revela desigualdades profundas en nuestro sistema de salud.

Implicaciones de la Escasez de Opioides

La escasez de opioides tiene implicaciones que van más allá del manejo del dolor. Los pacientes que no reciben un tratamiento adecuado están en riesgo de desarrollar síntomas de abstinencia, que pueden derivar en complicaciones médicas serias y hospitalizaciones innecesarias. Esto no solo aumenta el sufrimiento del paciente, sino que también ejerce presión adicional sobre un sistema de salud ya sobrecargado.

Paice (2018) señala que esta situación se ve exacerbada por la crisis de opioides en Estados Unidos, la cual ha llevado a la implementación de políticas restrictivas que, aunque bien intencionadas, han tenido consecuencias no deseadas en el tratamiento del dolor oncológico. Estas políticas han creado barreras adicionales al acceso a opioides en pacientes con cáncer, incluso cuando su uso está claramente indicado y es médicamente necesario.



Barreras al Acceso a Opioides en Puerto Rico

En Puerto Rico, estas barreras se ven amplificadas por la situación geográfica y económica particular de la isla. Los pacientes en áreas rurales, quienes ya enfrentan barreras significativas para acceder a cuidados paliativos especializados, se ven afectados de manera desproporcionada por esta escasez. Esto contradice los principios fundamentales de equidad en salud y acceso universal al cuidado paliativo, según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020).

Un factor que agrava esta crisis es la respuesta inadecuada de las aseguradoras de salud. Estas entidades frecuentemente no aprueban la cantidad total del medicamento solicitado por los médicos, basándose en políticas restrictivas que no consideran las necesidades individuales de los pacientes con cáncer avanzado. Paice et al. (2022) enfatizan que esta práctica no solo es éticamente cuestionable, sino que también va en contra de las recomendaciones de organizaciones profesionales como ASCO, la cual aboga por un enfoque personalizado en el manejo del dolor en pacientes oncológicos.

Por otro lado, las farmacias locales enfrentan una escasez generalizada de estos medicamentos, lo que les impide dispensar las cantidades prescritas. Esta situación resalta la necesidad urgente de políticas de salud que atiendan la cadena de suministro de medicamentos esenciales y aseguren su disponibilidad, especialmente en áreas rurales y marginadas.

Soluciones Propuestas

Para atender esta crisis, es necesario un enfoque multifacético, que incluya:

1. El desarrollo de políticas que aseguren el acceso equitativo a opioides para pacientes con cáncer avanzado, especialmente en áreas rurales.
2. La implementación de programas de educación continua para profesionales de la salud sobre el manejo adecuado del dolor en pacientes oncológicos.

3. Una colaboración estrecha entre el gobierno, las aseguradoras y los proveedores de salud para establecer protocolos que faciliten la aprobación y distribución de opioides a los pacientes que los necesitan.
4. La adopción de prácticas de prescripción segura, tales como la evaluación de riesgo de abuso de sustancias, el uso de acuerdos de tratamiento con opioides, y el monitoreo regular del paciente.
5. El aumento de la investigación sobre este tema en el contexto específico de Puerto Rico, para cuantificar la magnitud del problema, identificar barreras específicas al acceso a opioides en la isla, y evaluar la efectividad de las intervenciones propuestas.



Conclusión

La escasez de opioides para pacientes con cáncer avanzado en Puerto Rico es un problema de salud pública urgente que requiere acción inmediata. Como profesionales de la salud, tenemos la responsabilidad ética de abogar por políticas que aseguren el acceso equitativo a cuidados paliativos de calidad. Solo mediante un esfuerzo concertado entre todos los actores del sistema de salud podremos atender esta crisis y asegurar que ningún paciente sufra innecesariamente en sus momentos más vulnerables.

El dolor no debe ser un compañero inevitable del cáncer, y es nuestra responsabilidad asegurar que no lo sea. Debemos comprometernos como sociedad a garantizar que todos los pacientes con cáncer tengan acceso a un manejo adecuado del dolor, sin importar su ubicación geográfica o situación económica.

Referencias

- Paice, J. A. (2018). Cancer pain management and the opioid crisis in America: How to preserve hard-earned gains in improving the quality of cancer pain management. *Cancer*, 124(12), 2491–2497. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.31303>
- Paice, J. A., Portenoy, R., Lacchetti, C., Campbell, T., Cheville, A., Citron, M., Constine, L. S., Cooper, A., Glare, P., Keefe, F., Koyyalagunta, L., Levy, M., Miaskowski, C., Otis-Green, S., Sloan, P., & Bruera, E. (2022). Management of chronic pain in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 40(36), 4266–4290. <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.22.02198>
- World Health Organization. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

LA EVOLUCIÓN DE LA ONCOLOGÍA: DE LA QUIMIOTERAPIA A LA MEDICINA DE PRECISIÓN

Autora: Maria E. Lugo , RN, CON, BCCN, PN

Los que pertenecemos a la generación de los *Baby Boomers* (1946–1964) hemos sido testigos de cambios trascendentales a lo largo de nuestras vidas. Vimos la transformación de la televisión en blanco y negro a color; de las radiolas a sistemas de sonido compactos; del Walkman al iPod; de los discos de vinilo a los CD y posteriormente a la música digital; de los disquetes (*floppy disks*) a dispositivos de almacenamiento cada vez más avanzados; de las cámaras de 35 mm a la fotografía digital; y de los primeros teléfonos celulares, grandes y pesados, a los actuales dispositivos inteligentes con inteligencia artificial que hoy nos asiste en la búsqueda de evidencia.

Presenciamos la llegada del hombre a la Luna y, posiblemente, nuestros nietos serán testigos del establecimiento de laboratorios y estaciones espaciales permanentes fuera de la Tierra. Del mismo modo, la oncología ha experimentado una transformación extraordinaria durante las últimas décadas.

En la década de 1960, los regímenes de quimioterapia revolucionaron el tratamiento de las malignidades hematológicas y los tumores sólidos. Durante los años setenta, la aprobación del *National Cancer Act* de 1971 impulsó significativamente la investigación oncológica mediante una mayor asignación de fondos federales. En 1975 se fundó la *Oncology Nursing Society* (ONS), organización dedicada a promover la excelencia en el cuidado de los pacientes con cáncer y la educación continua de las enfermeras oncológicas. Estándares que nuestra asociación promueve.

Durante la década de 1980, el descubrimiento y estudio de los oncogenes permitió comprender mejor los mecanismos moleculares responsables del desarrollo del cáncer. En ese mismo período surgieron las terapias hormonales como una opción terapéutica fundamental para ciertos tipos de cáncer. Entre 1984 y 1987 se identificó y caracterizó el gen HER2, un hallazgo que posteriormente conduciría al desarrollo de terapias dirigidas altamente efectivas.

En la década de 1990 se consolidó el uso de terapias dirigidas y marcadores genéticos, incluyendo el estudio de mutaciones hereditarias como BRCA1 y BRCA2. En 1995, la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) publicó sus primeras guías clínicas, las cuales continúan siendo una referencia fundamental para el tratamiento del cáncer según el tipo de tumor y su estadio.

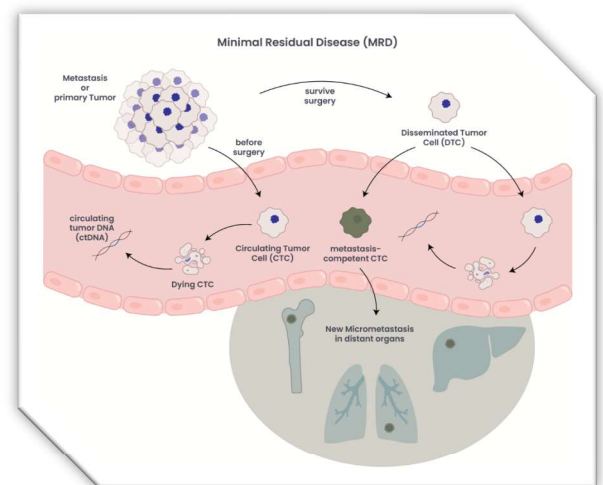
A partir del año 2000, la finalización del Proyecto Genoma Humano abrió las puertas a la medicina personalizada. Paralelamente, se desarrollaron estrategias preventivas como la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), contribuyendo a la reducción de ciertos tipos de cáncer relacionados con infecciones virales.

Desde el año 2010 hasta la actualidad, la inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento oncológico al potenciar la capacidad del sistema inmunológico para reconocer y destruir células tumorales. Asimismo, la terapia celular CAR-T se ha convertido en una opción terapéutica innovadora y, en algunos escenarios clínicos, en un estándar de tratamiento para determinados cánceres hematológicos avanzados.

Entre los avances más importantes utilizados actualmente en la práctica oncológica se encuentran la biopsia líquida y la evaluación de enfermedad residual mínima (MRD, por sus siglas en inglés). Aunque ambas utilizan muestras de sangre y analizan material tumoral circulante, tienen objetivos clínicos diferentes.

Enfermedad Residual Mínima (MRD)

La enfermedad residual mínima es una prueba de alta sensibilidad diseñada para detectar cantidades microscópicas de células cancerosas o ADN tumoral circulante que permanecen en el organismo después del tratamiento. Se utiliza principalmente en leucemias, linfomas y mieloma múltiple, aunque su aplicación en tumores sólidos continúa expandiéndose.



La evaluación de MRD permite:

- Determinar la profundidad de la respuesta al tratamiento.
- Identificar recaídas tempranas antes de que sean visibles mediante estudios de imágenes.
- Estimar el pronóstico del paciente.
- Ayudar en la toma de decisiones relacionadas con la continuación, suspensión o modificación del tratamiento.

Entre las metodologías utilizadas para detectar MRD se encuentran la citometría de flujo multiparamétrica, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la secuenciación de próxima generación (NGS). Algunas pruebas, como Signatera®, son personalizadas y se diseñan utilizando las características genéticas específicas del tumor original de cada paciente.

Biopsia Líquida



La biopsia líquida es una prueba de sangre que detecta células tumorales circulantes o fragmentos de ADN y ARN tumoral liberados por el cáncer al torrente sanguíneo.

Sus principales aplicaciones incluyen:

- Identificar mutaciones genéticas accionables.
- Seleccionar terapias dirigidas personalizadas.
- Monitorear la respuesta al tratamiento.
- Detectar mecanismos de resistencia terapéutica.
- Evaluar la evolución de la enfermedad en tiempo real.

Sin embargo, la biopsia líquida no reemplaza la biopsia de tejido convencional. La biopsia de tejido continúa siendo necesaria para establecer el diagnóstico inicial, determinar el tipo histológico del tumor y realizar estudios patológicos completos.

La oncología moderna ha evolucionado desde tratamientos relativamente inespecíficos hasta estrategias altamente personalizadas basadas en la biología molecular de cada tumor.

Herramientas innovadoras como la biopsia líquida y la evaluación de enfermedad residual mínima están transformando la forma en que diagnosticamos, monitoreamos y tratamos el cáncer. Estos avances permiten detectar la enfermedad con mayor precisión, adaptar los tratamientos a las características individuales de cada paciente y mejorar los resultados clínicos. Como profesionales de la salud que hemos sido testigos de múltiples revoluciones tecnológicas y científicas, podemos afirmar que estamos viviendo una de las etapas más prometedoras en la historia de la oncología.

Referencias

1. National Cancer Institute. (2025). *National Cancer Act of 1971 and the War on Cancer*.
2. Oncology Nursing Society. (2025). *History of the Oncology Nursing Society*. Pittsburgh, PA.
3. National Comprehensive Cancer Network. (2025). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*.
4. Human Genome Project. (2003). *Completion of the Human Genome Project*. Nature, 421(6921), 835–847.
5. Minimal Residual Disease. (2025). *MRD Testing in Hematologic Malignancies and Solid Tumors*. Journal of Clinical Oncology.
6. Liquid Biopsy. (2024). *Liquid Biopsy: Current Applications and Future Perspectives*. CA: A Cancer Journal for Clinicians.
7. American Society of Clinical Oncology. (2025). *Precision Oncology and Biomarker-Driven Cancer Care*. Food and Drug Administration. (2025). *Approved Cellular and Gene Therapy Products Including CAR-T Cell Therapies*

ACOMPÁÑANOS A
CELEBRAR NUESTRA
CONVENCIÓN

ENFERMERÍA ONCOLÓGICA:
Un enfoque en la prevención,
basada en la educación y
evidencia científica.

A CELEBRARSE
DEL 20 AL 22
DE NOVIEMBRE
DEL 2026

EN
EMBASSY SUITES
Dorado, Puerto Rico

— TE ESPERAMOS —
LA ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
Y HEMATOLÓGICA DE
PUERTO RICO, INC.

Para confirmar con su participación
comunique con
Rosendo Santana a:
convention@aehpri.org

Pueden participar otros profesionales:
Nutricionista, técnico de farmacia
y tecnólogos médicos.
Entre profesionales desierten llevar las horas
continuas a su junta correspondiente para
la validación de sus minutos.

Puedes traer a tu familia que disfruten de las facilidades
del hotel mientras te educas y los socios que se hospeden
tendrán beneficios como: desayuno, descuentos en las
amenidades y otras sorpresas.

¡Nuestra cultura, nuestra fuerza!

Asociación de Enfermería
Oncológica y Hematológica de PR, Inc.

Acompáñanos el
VIERNES
20 DE NOVIEMBRE
DE 2026
a celebrar nuestras
raíces tainas
y a educarnos de
forma diferente.

Paleta de colores Damas
Beige, Arena, Café, Oliva, Terracota

Paleta de colores Caballeros
Capri, Arena, Café, Oliva, Negro

Ideas de combinación:

Nuestra cultura, nuestra fuerza.

Acompáñanos a celebrar
nuestra cultura, nuestra fuerza!

¡Nuestra cultura, nuestra fuerza!

THE NURSES WEARS Fashion
GALA DE LA CONVENCIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD

ELEGANCIA • ESTILO • PASIÓN • SALUD

PARA ELLAS

CLÁSICO Y ATENDIBLE, SOFISTICADO Y MODERNO, BRILLA CON PROFUNDIDAD, ELEGANCIA EN CADA PASO, SÚPER Y SENSUAL, FEMENINA Y SÚPER.

PARA ELLOS

CLÁSICO Y ELEGANTE, MODERNO Y SENSUAL, SÓFISTICADO Y ATENDIBLE, MODERNO Y CON ESTILO, PROFESIONAL Y ELEGANTE, SÚPER Y SENSUAL.

PALETA DE COLORES

Detalles que hacen la diferencia

CÁNCER DE OVARIO

Reconocimiento temprano, tratamiento multidisciplinario y cuidado de enfermería

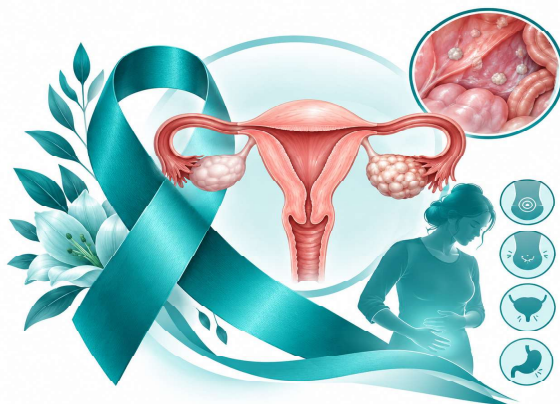


Figura 1. Ilustración educativa sobre cáncer de ovario y lazo teal. Imagen generada para esta publicación; no sustituye material diagnóstico.

Autora: Annette Bobé Roque, RN, BSN, MSN, CON



Enfermera generalista desde el 2005 hasta el 2007 en el Hospital Auxilio Mutuo de Hato Rey P.R. Enfermera Oncóloga del Centro de Cáncer del Hospital Auxilio Mutuo desde 2007 hasta el presente. Bachillerato de Ciencias Naturales 2005 UCB Bayamón, Maestría médico quirúrgico con concentración educación 2021 con excelencia académica.

Resumen

El cáncer de ovario comprende un grupo de neoplasias ginecológicas que con frecuencia producen síntomas poco específicos y pueden diagnosticarse en etapas avanzadas. La enfermería oncológica desempeña un papel clave al reconocer cambios persistentes, facilitar la evaluación oportuna, educar sobre las pruebas diagnósticas y apoyar a la persona durante la cirugía, la terapia sistémica y la vigilancia. Este artículo resume señales clínicas, evaluación, opciones generales de tratamiento y prioridades de cuidado, con énfasis en comunicación clara, seguridad y atención centrada en la persona.

Palabras clave: cáncer de ovario; enfermería oncológica; síntomas; quimioterapia; educación; cuidado integral.

INTRODUCCIÓN

El término cáncer de ovario suele incluir tumores epiteliales de ovario, trompa de Falopio y peritoneo primario, entidades relacionadas que comparten estrategias de evaluación y tratamiento. El carcinoma seroso de alto grado

es un subtipo frecuente y puede diseminarse dentro de la cavidad peritoneal. La presentación clínica inespecífica hace esencial escuchar a la paciente, documentar cambios respecto a su patrón habitual y coordinar la evaluación médica cuando los síntomas persisten o progresan [1,2].

SÍNTOMAS QUE AMERITAN EVALUACIÓN

Los síntomas pueden deberse a múltiples condiciones benignas; por sí solos no confirman cáncer. La preocupación aumenta cuando son nuevos, frecuentes, persistentes o diferentes de lo habitual. La enfermera debe evitar minimizar los síntomas y facilitar seguimiento clínico oportuno [2,3].

Síntoma referido	Acción de enfermería
Distensión abdominal persistente o aumento del perímetro	Registrar inicio, frecuencia, evolución y síntomas asociados; comunicar cambios progresivos.
Dolor o presión pélvica/abdominal	Valorar intensidad, localización, duración e impacto funcional; escalar según protocolo.
Saciedad temprana o dificultad para comer	Explorar ingesta, peso, náuseas y riesgo nutricional; considerar referido a nutrición.
Urgencia o frecuencia urinaria nueva	Documentar cambio respecto al patrón habitual y coordinar evaluación.
Fatiga, estreñimiento o dolor de espalda	Valorar causas posibles, medicamentos, hidratación, movilidad y señales de alarma.

FACTORES DE RIESGO Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El riesgo puede aumentar con antecedentes familiares de cáncer de ovario o mama y variantes hereditarias, como BRCA1/BRCA2; la historia personal y familiar debe recogerse de forma sensible y estructurada. Cuando corresponda, se puede facilitar consejería genética y pruebas según evaluación clínica. No existe una prueba de detección rutinaria que haya demostrado reducir la mortalidad en mujeres asintomáticas de riesgo promedio; CA-125 y ecografía transvaginal no se recomiendan como cribado general en esa población [4].

La evaluación puede incluir examen pélvico, estudios de imagen, marcadores como CA-125 en el contexto clínico apropiado y confirmación histopatológica. Ningún marcador aislado establece el diagnóstico. La estadificación y la planificación terapéutica deben ser dirigidas por el equipo especializado.

TRATAMIENTOS

El plan depende del subtipo histológico, estadio, estado funcional, preferencias y biomarcadores pertinentes. Puede incluir cirugía citorreductora y quimioterapia basada en platino y taxano; en situaciones seleccionadas se incorporan terapias dirigidas, como bevacizumab o inhibidores de PARP, y ensayos clínicos. Algunas pacientes reciben quimioterapia antes de la cirugía. Las decisiones deben individualizarse por ginecología oncológica y el equipo multidisciplinario [1,5].

Fase o necesidad	Prioridades de enfermería
Antes del tratamiento	Valorar comprensión, alergias, medicamentos, acceso venoso, estado nutricional, dolor y necesidades psicosociales.
Durante quimioterapia	Vigilar reacciones, náuseas, neuropatía, fatiga, mielosupresión y signos de infección; aplicar protocolos de seguridad.
Después de cirugía	Controlar dolor, herida, movilidad, función intestinal, eliminación y signos de complicaciones; reforzar instrucciones de alta.

Seguimiento y supervivencia	Promover asistencia a citas, manejo de síntomas, salud sexual, fertilidad cuando aplique, bienestar emocional y comunicación de cambios.
-----------------------------	--

ROL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

La intervención de enfermería integra valoración sistemática, educación, vigilancia de toxicidades, coordinación y apoyo emocional. Es importante explicar cuándo contactar al equipo: fiebre según el umbral indicado por la institución (frecuentemente 38 °C/101.0°F durante quimioterapia), dificultad respiratoria, dolor no controlado, vómitos persistentes, sangrado, confusión o incapacidad para hidratarse. La educación debe adaptarse al idioma, alfabetización en salud, preferencias culturales y recursos disponibles. Documentar las preocupaciones expresadas por la paciente y verificar comprensión mediante la técnica de repetición con sus propias palabras.

El cuidado centrado en la persona también incluye conversación sobre imagen corporal, menopausia inducida por tratamiento, intimidad, fertilidad cuando sea pertinente, carga económica, transportación y cuidadores. Los referidos tempranos a trabajo social, nutrición, salud mental, cuidados paliativos y recursos comunitarios pueden mejorar la continuidad del cuidado.

MENSAJES CLAVE PARA LA PRÁCTICA

- Escuchar y documentar síntomas nuevos, frecuentes o persistentes; no atribuirlos automáticamente a cambios normales.
- No presentar CA-125 ni ecografía transvaginal como pruebas de cernimiento rutinario para toda mujer asintomática de riesgo promedio.
- Promover evaluación por especialistas y discusión de pruebas genéticas cuando la historia personal o familiar lo justifique.
- Anticipar toxicidades, reforzar precauciones de infección y facilitar acceso rápido al equipo clínico.
- Incluir preferencias, salud emocional y necesidades prácticas en el plan de cuidado.

CONCLUSIÓN

La atención del cáncer de ovario exige reconocimiento clínico, diagnóstico coordinado y tratamiento individualizado. La enfermería oncológica contribuye a la seguridad y continuidad del cuidado mediante educación comprensible, detección de complicaciones, manejo de síntomas y defensa de las necesidades de la paciente. La concienciación representada por el lazo teal debe acompañarse de información rigurosa y acceso oportuno a evaluación especializada.

REFERENCIAS

1. National Cancer Institute. Ovarian Epithelial, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancer Treatment (PDQ®)—Health Professional Version. Actualizado 14 mayo 2025. <https://www.cancer.gov/types/ovarian/hp/ovarian-epithelial-treatment-pdq>
2. National Cancer Institute. Ovarian, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancer—Health Professional Version. <https://www.cancer.gov/types/ovarian/hp>
3. American Cancer Society. Signs and Symptoms of Ovarian Cancer. Revisado 8 agosto 2025. <https://www.cancer.org/cancer/types/ovarian-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html>
4. National Cancer Institute. Ovarian, Fallopian Tube, & Primary Peritoneal Cancers Screening (PDQ®)—Health Professional Version. <https://www.cancer.gov/types/ovarian/hp/ovarian-screening-pdq>
5. National Cancer Institute. Tratamiento del cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio y primario de peritoneo (PDQ®)—Versión para profesionales de salud. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/ovario/pro/tratamiento-epitelial-ovario-pdq>
6. Centers for Disease Control and Prevention. Ovarian Cancer: Basic Information. <https://www.cdc.gov/ovarian-cancer/about/index.htm>