II JORNADA INTERHOSPITALARIA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA

INFORMACIÓN Y FORMACIÓN: AVANZANDO EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

- 19 DE OCTUBRE DE 2012
- SALÓN DE ACTOS HGUA
- ORGANIZA:
  UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA HGUA
- COLABORA:
  - DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
    DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE HGUA
  - CECOVA - CONSEJO DE ENFERMERÍA DE
    LA COMUNIDAD VALENCIANA
  - COLEGIO DE ENFERMERÍA DE ALICANTE

ÍNDICE:

- FUNCIONAMIENTO DE LA UHD PEDIÁTRICA EN ONCOLOGÍA 3
- ACTITUD DEL ADOLESCENTE ANTE EL CANCER 5
- TRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS 7
- PROYECTO DE FORMACIÓN EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DIRIGIDO A ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN PRÁCTICAS 35
- ADIESTRAMIENTO DE LOS PADRES EN EL MANEJO DEL CATETER HICKMAN, PRESENTACIÓN DE SOPORTE AUDIOVISUAL 37
- IMPLICACIÓN EMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS CON CÁNCER 38
- TALLER: "MENOS ES MÁS: EL ARTE DE COMPARTIR NUESTRAS EMOCIONES" 40

FUNCIONAMIENTO DE LA UHD PEDIÁTRICA EN ONCOLOGÍA

Mónica García Torralba, Rebeca María Gracia Rodríguez, Guadalupe Robles Morales. *Enfermeras UHD Pediátrica del HGUA.*

La Oncología Pediátrica ha experimentado un desarrollo espectacular, mejorando el pronóstico de la enfermedad, significativamente, en las tres últimas décadas. Este desarrollo ha sido el resultado de la aparición de unidades especializadas, los avances terapéuticos y un enfoque interdisciplinar.

Muchos de los tratamientos necesarios son largos, complejos y requiere múltiples hospitalizaciones; lo que implica la integración en un nuevo sistema, que es a su vez, fuente de tensiones para las familias y especialmente para los niños.

El cuidado de los niños en su domicilio es también una necesidad sentida y expresada por la población.

Una parte de la base legislativa de la formación de esta unidad, se puede encontrar en la Ley General de Sanidad capítulo II artículo 18.

El Hospital a Domicilio Pediátrico es una alternativa a la hospitalización habitual en todas las fases de la enfermedad oncológica en niños, que posibilita una atención sanitaria enfocada a proporcionar atención especializada de rango hospitalario en su domicilio.

Durante el mes de Junio del año 2008, en el Hospital General Universitario de Alicante se puso en marcha la Unidad de Hospital A Domicilio Pediátrico como parte integrante del Servicio de Pediatría de nuestro hospital y compuesto por tres enfermeras pediátricas y dos pediatras.

El Hospital a Domicilio Pediátrico es un servicio que proporciona tratamiento y cuidados médicos y de enfermería durante un período limitado, en el hogar del niño, para una enfermedad que de otro modo requeriría la atención del niño y familia en un hospital de agudos. Su área de cobertura es el departamento 19 (de manera excepcional y a criterio del personal que integra la unidad, se ingresan pacientes de otros departamentos de la provincia).

Objetivos generales:

- Promover el bienestar del niño y su familia durante el proceso de enfermedad en su entorno habitual.
- Evitar los ingresos innecesarios.
- Acortar el tiempo de hospitalización.
- Mejorar la utilización de los Recursos Sanitarios.
- Favorecer la Comunicación y la Coordinación entre los diferentes niveles de la Atención Sanitaria.
- Favorecer la autonomía y el autocuidado mediante la Educación Sanitaria.
- Controlar el gasto mejorando la calidad asistencial.

Criterios de inclusión

Existencia en la familia de un interlocutor válido, disponibilidad de teléfono, la existencia de condiciones higiénico-sanitarias adecuadas, una situación clínica estable según criterio médico del niño y padres interesados en el proyecto que acepten el tratamiento médico en el domicilio.

Evaluación:

Se utilizaran los datos que diariamente se recogen en la estadística de la unidad para conocer:

- Indicadores de empleos de recursos.
- Indicadores de funcionamiento.
- Indicadores de carga de trabajo.
- Indicadores de coste.
- Indicadores para la gestión del HDA.

En resumen la hospitalización a domicilio tiene importantes ventajas para el niño, la familia y para el hospital. Se percibe mayor calidad de la atención recibida por parte de los pacientes y entorno. También permite una atención integral y continua y favorece la integración entre atención primaria y especializada.

ACTITUD DEL ADOLESCENTE ANTE EL CANCER

Mª. Isabel Soria Mañas. *2012*

Actitud

Las actitudes, lo que opinamos de las cosas que nos rodean o nos afectan, constituyen una disposición, más o menos estable que también impregna nuestra conducta y nuestra forma de relacionarnos con lo que nos circunda.

Adolescencia

Es el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta. Se caracteriza por fuertes cambios en los ámbitos corporal (crecimiento, maduración sexual,..), psicológico (cuestionamiento de la identidad pesonal, cambio de actitudes y valores…) y social (fortalecimiento de las relaciones con iguales, primeras elecciones de pareja, elección de estudios , de trabajo..)

Cambios físicos

Las transformaciones físicas, debidas al crecimiento, obligan al joven a buscar una imagen social, "un loock", con el que sea capaz de aceptarse, un espejo en el que verse reflejado.

Cambios en el entorno familiar

En su proceso de individualización, el adolescente necesita cambiar el tipo de relación con sus padres. Y este cambio supone una pérdida de los padres infantiles, con los que tenía una relación de dependencia y apoyo.

Cambios sociales

En la actualidad se han perdido los ritos de paso que marcaban el inicio de la edad adulta. No hay ningún ritual, ni evidencia social para garantizar al joven el momento de su paso a otra etapa, que tenga una significación y un valor real para él. Debe encontrar por sí mismo una fuente de sentido en su vida. La adolescencia es un tiempo de descubrimiento, de libertad, de experimentación de sí mismo, de formación personal donde las únicas autoridades son aquellas que el joven ha elegido. En la sociedad contemporánea las conductas de riesgo se establecen como pruebas, ritos de paso, que se han elegido de forma individual o en grupo.

El adolescente enfermo

En la adolescencia ya se poseen los mecanismos personales e intelectuales que permiten una mayor objetivación del dolor y de la enfermedad. Sin embargo las características particulares de este momento evolutivo hacen que las vivencias de la hospitalización y de las diversas intervenciones médicas sean diferentes a las de los adultos y las de los niños, aunque comparte con ellos los factores que las condicionan: la personalidad del paciente, el tipo de enfermedad, la duración de la hospitalización, la calidad de la relación con su familia y su entorno, el ambiente hospitalario, etc.

Características propias del paciente adolescente oncológico

- El concepto de cáncer como enfermedad relacionada con la muerte.
- Importancia del aspecto físico.
- Separación del grupo de amigos.
- Dependencia de la familia vivida como pérdida de libertad.
- Sentimientos de pudor muy acusados.

Conclusiones

- Debemos profundizar en el conocimiento del paciente adolescente y sus características.
- Se hace evidente la necesidad de un espacio propio para la atención sanitaria a estos pacientes.
- La realización de trabajos de investigación en este campo es imprescindible para poder detectar necesidades y poder ofrecer una mayor calidad asistencial.

Bibliografía

- BECK, U. La Sociedad del Riesgo. Paidós Básica, Barcelona 2002
- LE BRETON, D. Conduites à risque, Quadrige, 2002
- BALLANO, F; ESTEBAN, A. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.
- BILD, R.; GÓMEZ, I. Acompañamiento creativo. Generalitat. C. Sanitat. 2008.

TRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Alicante. Octubre 2012

Historia

- 1968: Primer alo-TMO.
- 1976: Primer alo-TMO en España
- 1989: Primer alo-TPH de SP
- 1989: Primer alo-TPH de SCU

Historia

- 1986- presente: el trasplante de precursores hematopoyéticos es una terapia estandarizada.
  - Busulfán y Ciclofosfamida
  - Sangre periférica o SCU
  - Los registros de donantes.

Historia

- En pediatría , el TPH ha evolucionado en la pasada década de forma que ahora está aceptado como una de las terapias intensivas de mayor éxito para un amplio número de enfermedades.

Fundamento

Sustituir la hemopoyesis del paciente, por ser total o parcialmente defectuosa, insuficiente o neoplásica, por una normal procedente de un donante sano

TPH ←

ALOGÉNICO

Re-inicialización del sistema inmune como forma de corregir la auto-reactividad existente en diversas patologías autoinmune

Fundamento

TPH ←
AUTÓLOGO

Permitir la administración de agentes antineoplásicos en dosis elevadas, evitando una mielodepresión prolongada o irreversible mediante la administración de PH de rescate del propio paciente

Tipos de TPHO

- Según origen de los PH:
  - TPH autólogo.
  - TPH alogénico.
- Según tipo de donante:
  - Hermano HLA idéntico.
  - Otro familiar compatible.
  - No emparentado.
- Según fuente de progenitores:
  - TMO
  - TSP
  - TSCU

Indicaciones TPH

- Autólogo:
  - LMA (RC1: AR (DnE))
  - Hodgkin (Progresión, RC2)
  - S.Ewing
  - Neuroblastoma
- Alogénico:
  - LLA
  - LMA
  - Hodgkin

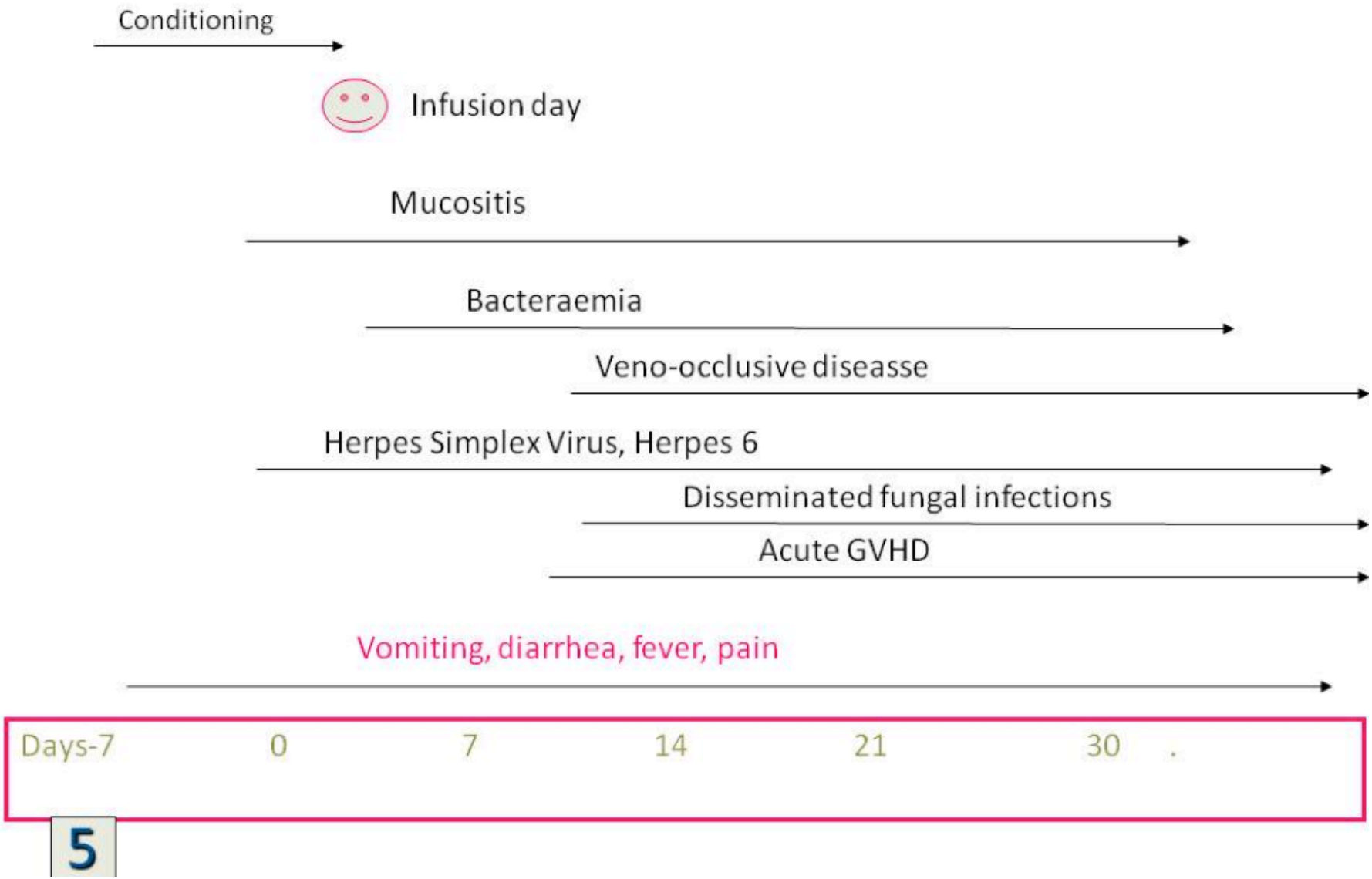
Fuente progenitores

- MO
- SP
  - Prendimiento más rápido (- hospital)
  - Mayor riesgo EICH
- SCU
  - Prendimiento más lento (+ hospital)
  - Menor riesgo EICH
  - Posibilidad de aceptar cierto grado de incompatibilidad HLA
  - Más rápido obtención (TPH urgente???)

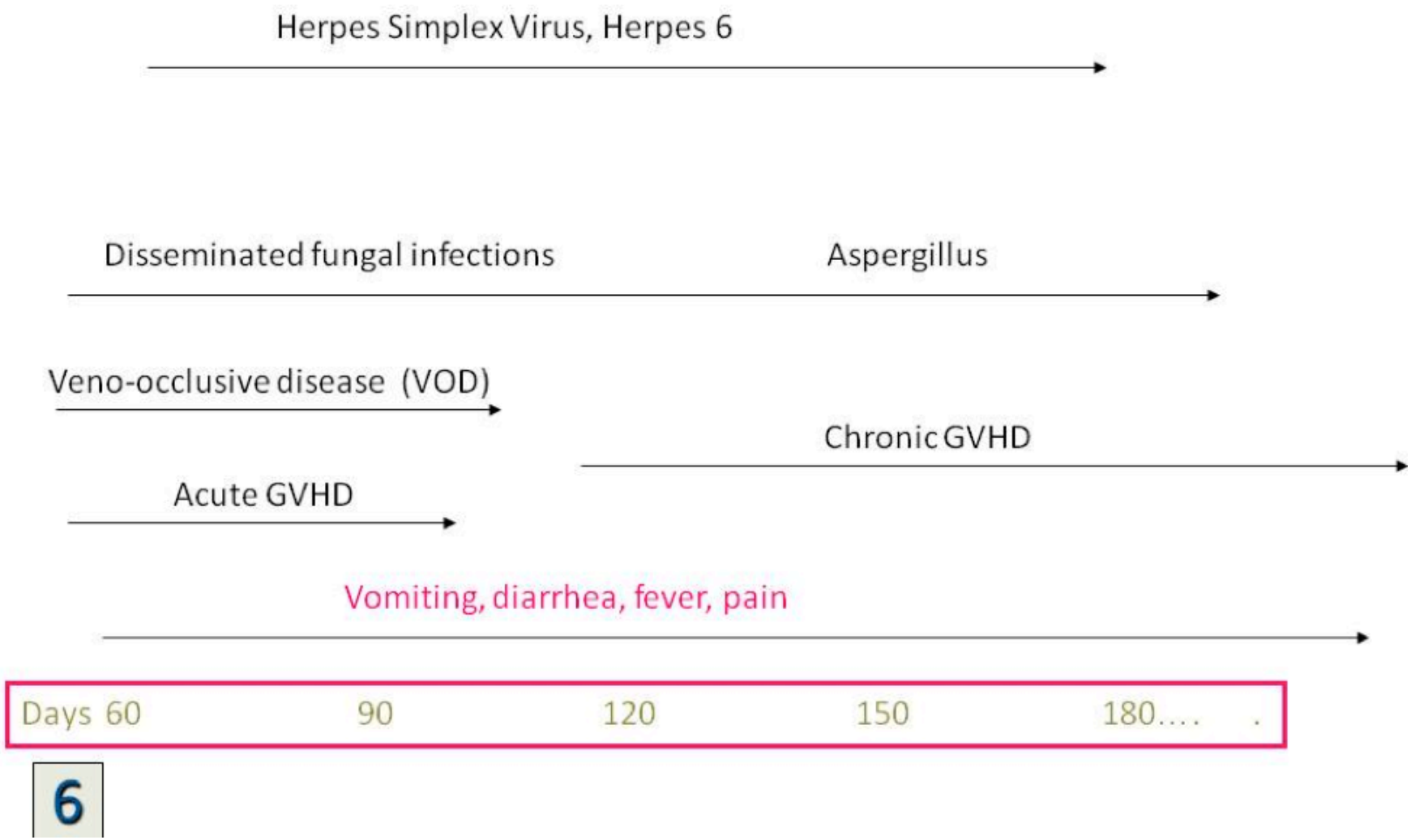
Fases TPH

- Acondicionamiento.
- Infusión (día 0).
- Fase aplásica (+12,+16).
  PRENDIMIENTO (3 días > 500 NT)
- Recuperación hematológica.

Major HSCT complications, first month



Major HSCT complications, first year



Cuidados de enfermería-1

- Acondicimiento
- TBI (radiodermitis)
- Nauseas y vómitos
- Balance hídrico (hiperhidratación)
- Medidas de aislamiento

Cuidados de enfermería-2

- Inducción
  - Protocolo de descongelación
  - Comprobación estricta del producto a infundir.
  - Premedicación
  - Vigilancia de signos y síntomas de reacción anafiláctica.

Cuidados de enfermería-3

- Mucositis (vigilancia de la cavidad oral)
- Dolor (escalas, analgesia pautada,uso de la Morfina)
- Fiebre(hemocultivos,inicio de antibioterapia, antitérmicos)
- Eliminación (diarreas, diuresis estricta)
- Vómitos(antieméticos)

Cuidados de enfermería-4

- Prendimiento y hasta la recuperación hematológica.
- Peso diario
- Signos de sangrado
- Cuidados de la piel. EICH
- Alimentación. Dieta baja en bacterias

Profilaxis infecciosa: TPHauto

- **Cotrimoxazol**: 150 mg/m2/día desde ingreso hasta -1.
- **Aciclovir**: 500 mg/m2/d (c/8h). Sólo si VHS +, desde inicio neutropenia hasta su recuperación.
- **Fluconazol**: desde inicio neutropenia hasta su recuperación.

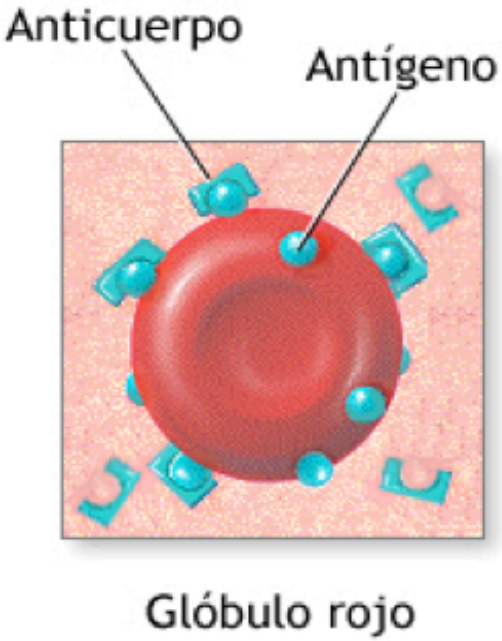
Profilaxis infecciosa: TPHalo

- **Cotrimoxazol**: 150 mg/m2/día desde ingreso hasta -1.
- **Aciclovir**:
  - Si VHS +: 500 mg/m2/d (c/8h), al ingreso
  - Si**(haploidénticos, no emparentados y TSCU)** y CMV +: 1500 mg/m2/d (c/8h) al ingreso
- **Fluconazol/Voriconazol**: al ingreso.

Profilaxis EICH

- Donante emparentado idéntico
  - MO: Ciclosporina A
  - SP: Ciclosporina A + MTX
- Donante emparentado no idéntico o no emparentado
  - Ciclosporina A + MTX + ATG
- Transplantes de SCU
  - Ciclosporina A + Prednisona

EICH



Los anticuerpos son proteínas que el sistema inmunológico produce en respuesta a la presencia de un antígeno

ADAM.

Determinación de virus

- CMV: carga viral
- PCR DNA viral: HHV-6, Adenovirus, VEB.

Tratamientos específicos

DETERMINACIONES	PERIODICIDAD	HASTA (orientativo)
1 CMV > 400 copias	CARGA VIRAL (PCR cuantitativa)	Ganciclovir
1 PCR Adenovirus sangre + o 2 otras determinaciones + (orina, heces…)	DNA (PCR cualitativa)	Cidofovir
HHV-6	DNA (PCR cualitativa) en sangre/LCR	Ganciclovir ± Foscarnet
VEB		Si > 40.000 copias(ml suspender IS ± Rituximab
VZ		Aciclovir (1500 mg/m2/d)
Toxoplasma	Serología	Si EICH: TMP/SMZ

EVOH/SOS

- Tipos:
  - Clásica (-1 a +14)
  - Tardía (busulfán, melfalán, tiotepa)
- Clínica
  - **Ictericia**
  - Hepatomegalia dolorosa
  - Retención hídrica
  - Ascitis
  - Ganancia de peso
- Fisiopatología: Lesión endotelial sinusoidal-venular e HTP

EICH

- Tipos:
  - Agudo: < +100
  - Crónico: > +100
- Clínica
  - Piel: Rash maculo-papular (suele afectar palmas y plantas/ pruriginoso/doloroso)
  - Ictericia
  - Afectación Gastrointestinal (anorexia, náuseas, vómitos, diarrea líquida, dolor abdominal…)
  - Manifestaciones sistémicas (fiebre, REG, pérdida peso)
- Fisiopatología: Lesión por acondicionamiento, liberación citoquinas, activación células presentadoras antígenos huésped, interacción con linfocitos T donante, liberación células citotóxicas y citoquinas, daño tisular órganos diana.

EICH

Grado de aEICH	Grado de afectación de órgano diana
I	Piel */**
II	Piel */*** Hígado y/o GI * Afectación leve del estado general
III	Piel **/*** Hígado y/o GI **/*** Afectación moderada del estado general
IV	Piel **/*** Hígado y/o GI **/**** Afectación severadel estado general

Seguimiento

- Primeros 30 días:
  - Factores más importantes: neutropenia, mucositis, EICH agudo
  - Gérmenes más frecuentes: Bacterias, hongos, herpes simple, virus respiratorios y entéricos. En niños y especialmente en los sometidos a TSCU se ha observado un incremento de adenovirus y HHV-6.
- Días +30 a +100:
  - Los determinantes de mayor peso son la alteración de la inmunidad celular y la EICH aguda y crónica. El riesgo de infección disminuye en los trasplantes autólogos con la recuperación progresiva del sistema inmune.
  - Gérmenes potencialmente frecuentes: Virus respiratorios y entéricos, CMV, EBV, HHV-6, adenovirus, bacterias, hongos, Neumocistis carinii y Toxoplasma
- Después del día +100:
  - La alteración de la inmunidad celular y humoral se mantendrá fundamentalmente en los pacientes con EICH crónico.
  - Las infecciones más frecuentes serán las causadas por: virus respiratorios y entéricos, CMV, V-Z, EBV, bacterias encapsuladas, Aspergilus, Neumocistis y Toxoplasma.

GRACIAS

PROYECTO DE FORMACIÓN EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DIRIGIDO A ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN PRÁCTICAS

Dori Gras Madrigal, Elena Moreno de Arcos Fuentes, Sofía Pamblanco Lillo. *Enfermeras de Oncología Pediátrica en el HGUA.*

Hemos realizado esta guía ya que somos conscientes del impacto que causa trabajar en oncología infantil a los estudiantes de enfermería y personal de nueva incorporación, no sólo por la dificultad emocional que representa trabajar con niños oncológicos y con sus familias, el cáncer infantil se considera una enfermedad familiar, sino también por las características específicas de los cuidados que brindamos a nuestros pacientes, que además de padecer cáncer son niños, lo que genera ansiedad a los alumnos que pasan por nuestra unidad.

Lo dirigimos a alumnos de enfermería ya que son futuros profesionales, en nuestro servicio realizan prácticas alumnos en el último año de carrera, por lo que a lo sumo en unos meses serán profesionales de enfermería que pueden estar trabajando con nosotros.

La experiencia nos dice que cuando se empieza a trabajar en oncología infantil, las dudas son constantes y ante la especificidad de los cuidados y técnicas que utilizamos, así como la complejidad del tratamiento del niño oncológico, muchas veces es complicado resolverlas.

Por todo ello hemos realizado una recogida de información clara y concisa de lo más importante referente al trabajo que realizamos en nuestra unidad:

- Presentación del servicio y características.
- Patologías y tratamientos más frecuentes.
- Actuación ante la administración de citostáticos.
- Procedimientos y cuidados específicos más habituales.
- Indicadores de alerta en el niño oncológico.

Objetivos:

- Colaborar en la formación de los alumnos de enfermería, intentando que consigan una temprana incorporación a la dinámica del servicio y puedan, de este modo, aprovechar mejor el periodo de prácticas.

- Mantener la calidad de los cuidados aun cuando haya alumnos o personal de nueva incorporación, anteponiéndonos a las dudas más habituales que surgen al tratar al paciente oncológico infantil, lo que aumentará la seguridad, tanto del alumno - futuro profesional, que tendrá una guía dónde resolver sus dudas, como del paciente, que recibirá unos cuidados estandarizados por parte del equipo de enfermería que trabaja con él.

Conclusiones:

Con todo ello pretendemos facilitar el trabajo rutinario en planta a los profesionales que lleguen a nuestro servicio y poseer un plan de cuidados estandarizado para todos los alumnos y/o profesionales de Enfermeria…

Bibliografía:

- Cáncer. Principios y Práctica de Oncología. 5ª Ed. Vincent T. de Vita Jr.,Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg. 2000 Ed. Médica Panamericana, SA.
- Tratamiento del cáncer en Pediatría: estado actual y expectativas futuras. J. Fernández-Plaza, S. Sevilla, L. Madero – Peditr integral, 2004- sepeap.org.
- Rubio Robles M. Catéteres Centrales de dos vías (Hickman): mantenimiento y sellado. En: Jornada de Enfermería Cuidados Enfermeros en Accesos Vasculares. Hospital de Cruces: 22 Noviembre 2005.
- Carrero Caballero MC.Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2002.

ADIESTRAMIENTO DE LOS PADRES EN EL MANEJO DEL CATETER HICKMAN, PRESENTACIÓN DE SOPORTE AUDIOVISUAL

Ana Orts Mas. *2012*

Desde la Unidad de Oncología pediátrica y su Hospital de Día hemos tenido muy en cuenta el bienestar del niño y su familia como pilar básico de nuestros cuidados enfermeros, desde la creación de nuestra Unidad.

Por desgracia e inevitablemente, los niños sometidos a tratamientos oncológicos pasan gran parte de su tiempo en nuestro Hospital.

Desde el equipo de enfermería somos conscientes que estos prolongados y/o frecuentes ingresos en la planta y las interminables jornadas en el Hospital de Día, son necesarias para su recuperación.

Nuestra intención es evitar al máximo aquellas visitas que no son realmente necesarias o que se pueden suplir con cuidados en casa.

Por ello, procuramos coincidir todas aquellas consultas, incluidas la nuestra, con otras que el niño requiere a lo largo del proceso, (revisiones cardiológicas, visitas a endocrino, analíticas etc) en el mismo día, para propiciar que el niño esté en casa con su familia el mayor tiempo posible.

De este modo, instruimos a los padres de niños portadores de catéter Hickman en su cuidado, ganando en comodidad, independencia y facilitando la implicación de la familia en el proceso.

Siempre dirigido y orientado por el equipo de enfermería, los padres aprenden la técnica aséptica de la cura y heparinización del catéter, obteniendo resultados muy satisfactorios por ambas partes.

En esta línea, la Unidad de Oncología pediátrica del Hospital de Alicante ha creado un soporte audiovisual filmado íntegramente en el Hospital que sirve como nueva herramienta de apoyo en el proceso de aprendizaje, sin suplir nunca a la instrucción personalizada que se realiza desde nuestras unidades, (Unidad de Hospitalización, Hospital de Día y Unidad de Hospitalización a domicilio)

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer una nueva herramienta que puede ser, y ya es, de gran utilidad para muchas familias de niños oncológicos.

IMPLICACIÓN EMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS CON CÁNCER

Magdalena Azorín Sánchez, Marián Ramírez Velázquez. *Enfermeras de Oncología Pediátrica del HGUA.*

El trabajo que realizamos los profesionales sanitarios en las unidades de oncología pediátrica es muy satisfactorio y gratificante, pero el enfrentarnos cotidianamente a situaciones de dolor, sufrimiento y riesgo de muerte hace que nuestra labor se desarrolle en un contexto física y emocionalmente agotador.

En este ámbito son múltiples las situaciones difíciles con las que nos encontramos que nos resultan potencialmente ansiógenas y estresantes.

En el área de cuidados pediátricos esta situación se suele agudizar por diversos motivos:

- La dificultad para aceptar la muerte.
- La falta de formación en habilidades de comunicación y apoyo emocional a los niños y a sus familiares.

Objetivos:

Uno de nuestros objetivos primordiales será proporcionar a nuestros pacientes y familias apoyo emocional, de tal modo que puedan encontrar la mejor manera de resituarse, sin sentirse juzgados ni marginados sino entendidos y ayudados.

Para que exista una buena relación con niños y familiares es necesaria una comunicación efectiva, no existen recetas generalizables ya que cada niño, familia y situación es única. Sin embargo, se sabe que determinadas formas de comunicación son mucho más eficaces que otras.

Todos los profesionales sanitarios tenemos la obligación ética de dar apoyo emocional.

Deberíamos dejar de lado la creencia de que todo lo que hace referencia a dificultades emocionales es territorio exclusivo de los psicólogos.

Es una labor en la que debemos participar de forma coordinada y a través de una estrategia de intervención todos los miembros del equipo interdisciplinar.

La sobreimplicación continua del personal de enfermería en situaciones emocionales demandantes pueden llevarnos a un estado de agotamiento físico, mental y emocional lo que puede conducirnos a una pérdida de motivación, sentimientos de inadecuación y fracaso.

Esta situación puede llegar a desencadenar una serie de graves consecuencias de salud tanto física como psicológica.

Existen distintas estrategias organizativas que han demostrado su eficiencia para demostrar la satisfacción laboral y la de los usuarios, así como para reducir las bajas laborales y el burnout en los profesionales sanitarios.

En general, se basan en el fomento de la cohesión y el apoyo grupal enmarcando la relación en la confianza mutua y en la cooperación, en la búsqueda del logro como un objetivo común.

Bibliografía:

– ARRANZ, P; BARBERO, J; BARRETO, P. BAYÉS, R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Ariel. 2005

– AZUARA, L; AGUIRÁN, P; AMURRIO, L.M; ARRANZ, P; CORDERO, M.A; DE PARDA, J: ELIZALDE, M.A; FERNÁNDEZ, E; GÓMEZ, M; GÓMEZ, X; LA CASTA, M.A; MARTÍNEZ, M; NOVELLAS, A; RUIPÉREZ, A; SÁNCHEZ, M; SANZ, B; SOLANES, C. Guía de prevención de burnout para profesionales de cuidados paliativos. Arán. 2008

– BILD, R.; GÓMEZ, I. Acompañamiento creativo. Generalitat. C. Sanitat. 2008.

TALLER: "MENOS ES MÁS: EL ARTE DE COMPARTIR NUESTRAS EMOCIONES"

Rubén Bild - Iván Gómez

Cuando nos enfrentamos a situaciones que movilizan nuestras emociones, el mecanismo de defensa más frecuente es el de cerrarnos en nosotros mismos evitando comunicar lo que sentimos. Esto nos lleva a «sufrir en silencio». Tememos mostrar nuestra vulnerabilidad y que nuestros compañeros crean que no actuamos con eficiencia. También tememos mostrar cómo trabajamos y reconocer nuestras dificultades.

Durante este taller los participantes tendrán la oportunidad de expresar sus emociones y adquirir técnicas que mejoren la comunicación tanto en el equipo como con los pacientes y familias.

- ORGANIZA:
  UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA HGUA

- COLABORA:
  - DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
    DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE HGUA
  - CECOVA - CONSEJO DE ENFERMERÍA DE
    LA COMUNIDAD VALENCIANA
  - COLEGIO DE ENFERMERÍA DE ALICANTE