

Dentro de las distintas intervenciones que realiza la EGC, la valoración del paciente y familia es un elemento crítico dado que es la base para priorizar sus intervenciones⁵. No obstante, la principal acción de la EGC es guiar al paciente y su entorno a lo largo del proceso de cuidado¹³, ajustándose a la primera dimensión del Marco Conceptual Bidimensional de Gestión de Casos, elaborado por Fillion¹⁹, la de ser garante de la continuidad de los cuidados. La segunda dimensión trata del empoderamiento de paciente y familia¹⁹. El empoderamiento surge de un proceso educativo orientado a conocerse uno mismo y desarrollar habilidades, actitudes y nuevos conocimientos, permitiendo mejorar el estado de salud del paciente y que participe activamente en su cuidado⁶.

Para conseguir lo anterior, es esencial que la EGC sea la enfermera referente, evitando así la duplicidad de pruebas y revisiones que generan escaso valor en la atención al paciente, altos costes y posiblemente reste calidad¹⁷.

Satisfacción de los pacientes oncológicos con respecto a la EGC

La ONS expone que la intervención de la EGC en oncología ha traído consigo resultados positivos para el paciente en riesgo de padecer o

con cáncer como el aumento de los cribados y mejora las ratios de satisfacción^{4,7}. De los artículos seleccionados para la presente revisión, son cuatro los que se centran en el estudio de este aspecto^{5, 20-22}.

En Canadá se llevó a cabo un estudio en el que se demostró que el rol de la EGC está relacionado con experiencias con el cáncer más positivas y los pacientes estaban mayormente satisfechos con la atención⁵.

Dos de los estudios, llevados a cabo en EE. UU., concluyen en que la intervención de la EGC mejora la experiencia del paciente y reduce los problemas derivados de los cuidados necesarios, siendo en las áreas de atención de las necesidades emocionales y cuidados psicosociales, la coordinación del cuidados e información recibida, donde mayores resultados positivos se obtuvieron^{20,21}. De la misma manera, un artículo de revisión elaborado en Qatar concluye que la figura de la EGC aumenta la satisfacción de los pacientes por su labor de educadora, informadora y porque provee de soporte emocional a los pacientes con cáncer, llegando a conseguir pacientes empoderados²².

Son numerosos los estudios que han identificado beneficios importantes derivados de la presencia de una EGC en el cuidado del cáncer, relacionado

con la atención personalizada que ofrece a los pacientes²³, no obstante, no existen herramientas de evaluación específicas para evaluar los programas de Gestión de Casos¹⁵.

Situación de la EGC en Navarra en la atención al paciente con cáncer: una experiencia nacional

A lo largo de los años, el modelo de Gestión de Casos se ha ido implementando en diversos procesos patológicos en el ámbito internacional, incluyendo el cáncer, existiendo algunas experiencias en el ámbito nacional.

En el caso de Navarra, el *Plan de Salud de Navarra 2014-2020* contempla entre sus Estrategias

la "Prevención y atención del cáncer". Dentro de esta estrategia se establece el "Programa de alta resolución y personalización del cáncer", entre cuyas acciones se expone la existencia de enfermeras de enlace hospitalarias y metodología de la Gestión de Casos²⁴. Por otro lado, dentro de la "Organización y Estructuras de atención al cáncer", se contempla por un lado la creación de Unidades Funcionales Multidisciplinarias (UFM) como las de Cáncer de Pulmón, Ginecológico y Colorrectal, ya formadas desde el año 2018, con las que se ha implantado la figura de la EGC donde tiene un papel fundamental²⁴.

Tabla 4. Intervenciones de la Enfermera Gestora de Casos en oncología. Elaboración propia a partir de (4, 16)

Dominio de intervenciones	Intervenciones
Valoración	<ul style="list-style-type: none">– Identificar la población que requiere asistencia de la EGC a lo largo del proceso continuo o pacientes con un nuevo diagnóstico de cáncer.– Identificar momentos de angustia en puntos específicos del proceso para proveer de apoyo emocional y educacional a los pacientes.– Recibir y responder a nuevas referencias de pacientes
Planificación	<ul style="list-style-type: none">– Ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas.– Diseñar planes de educación y programas basados en necesidades identificadas.
Ejecución	<ul style="list-style-type: none">– Empoderar al paciente para que participe activamente en la planificación y manejo de su enfermedad.– Educar y orientar a pacientes y cuidadores en todos los puntos del proceso para afrontar y manejar barreras tanto personales como del sistema sanitario.

	<ul style="list-style-type: none">– Proporcionar educación o referencias para afrontar el diagnóstico.– Realizar su labor de acuerdo con estándares legales y profesionales.– Demostrar principios éticos en la práctica.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none">– Analizar y evaluar la Gestión de Casos para determinar el impacto de la navegación en los problemas y las barreras identificadas en el proceso actual del paciente– Evaluar las necesidades de la comunidad.– Monitorizar la adherencia del paciente al tratamiento y plan recomendados.
Práctica profesional	<ul style="list-style-type: none">– Educar y entrenar a los compañeros del equipo multidisciplinar sobre el rol de la Gestión de Casos, barreras identificadas, recursos disponibles y los procesos de gestión.

Las UFM del área del cáncer tienen como objetivo garantizar la atención integral del paciente dentro de la Atención Especializada, cubriendo las necesidades del paciente y diseñando modelos operativos específicos²⁵. Se pretende que haya un mínimo movimiento de profesionales en las mismas y que se asignen los recursos más capacitados en conocimientos²⁴. A pesar de existir numerosos avances en la atención al paciente oncológico en Navarra, la Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos no incluye el cáncer dentro de la misma, ya que se considera prematura esta medida, exponiendo la necesidad de elaborar "una estrategia integral y específica entorno al proceso oncológico"²⁵.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados ponen en manifiesto la complejidad del rol de la Enfermera Gestora de Casos en el ámbito de la oncología, sobre todo debido a que no hay consenso en lo referente a competencias, actividades que realiza, área práctica y métodos evaluadores tanto del propio perfil como de los resultados obtenidos por la intervención de la EGC, como expone la Oncology Nursing Society^{7,17}. De la misma forma, aunque el rol difiere entre sistemas sanitarios en formato, presenta numerosas similitudes en cuanto a las funciones que ejerce la EGC y objetivos¹². Igualmente, el rol descrito en la revisión no es estático, sino que debe adaptarse a los cambios del sistema sanitario¹⁷.

A diferencia de las enfermeras especialistas en oncología, cuya práctica habitual se centra en un

área específica, la EGC presenta las competencias para coordinar la atención, guiar, educar y ayudar al paciente a lo largo de todo el proceso asistencial¹². Tiene la capacidad de trabajar en equipo con diferentes servicios y estamentos y para ello debe tener además del conocimiento de los procesos, liderazgo innovador, para conseguir cambios reales dirigidos hacia la atención centrada en los pacientes y familia.

Resulta interesante la existencia de este perfil de práctica avanzada en la atención al paciente con cáncer, dado que garantiza la continuidad de cuidados y trae consigo resultados positivos en el paciente y familia⁷. Siguiendo las recomendaciones de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación se pretende que cada centro hospitalario que implante esta figura promueva un reconocimiento explícito de dicho perfil y apoyo por parte de la dirección asistencial en relación con el resto de los profesionales¹⁸.

No obstante, es imprescindible que se investigue en este perfil en el medio nacional dado que son escasas las publicaciones que hacen un análisis exhaustivo de la EGC y pocos son los organismos que han "optado" por su desarrollo, como es el caso de la Consejería

de Salud de Andalucía o Navarra. En este último caso, la EGC no está presente en la atención a todos los tipos de cáncer, debido a que las unidades multidisciplinares se encuentran en desarrollo²⁴.

Ante el hallazgo de que la EGC de oncología realiza mayoritariamente su labor en el ámbito hospitalario, nos hace plantearnos si este perfil puede extrapolarse a la Atención Primaria (AP) interviniendo en otros aspectos como puede ser la supervivencia, considerado un reto por McMullen¹⁷. La Sociedad Española de Enfermería Oncológica declara que el seguimiento del paciente superviviente se lleve a cabo desde AP ya que los resultados de salud obtenidos en cánceres como el de mama no difieren de los obtenidos por especialistas²⁶. A esto se le añade la necesidad de educar a las Enfermeras de AP en Gestión de Casos¹³.

La OMS formula que la atención a la supervivencia "incluye un plan detallado para monitorear la recurrencia del cáncer y la detección de nuevos cánceres, evaluar y manejar los efectos a largo plazo asociados con el cáncer y/o su tratamiento, y servicios para garantizar que se satisfagan las necesidades de los sobrevivientes de cáncer", acciones que se podrían realizar desde AP²⁷. Empoderar a los pacientes mediante la

trasmisión del conocimiento sería clave para que puedan detectar signos de alarma, realizar cambios en su estilo de vida para la prevención y el manejo de los efectos secundarios y vivir con el cáncer.

Como hemos visto, la EGC tiene que ser la referente a lo largo del proceso asistencial¹⁷, por lo que se debería priorizar las intervenciones⁴ a llevar a cabo en cada etapa. En este contexto nos encontramos ante el problema del cupo de pacientes que podría abarcar la EGC de las unidades multidisciplinarias del cáncer ante las predicciones de aumento de casos¹, planteándonos igualmente si conviniera un mayor número de enfermeras con este perfil. Por consiguiente, una enfermera de Atención Primaria podría ejercer este rol para ofrecer la atención personalizada que precisa el paciente.

La EGC se encuentra en una situación idónea para buscar mejorar la coordinación buscando nuevas estrategias de comunicación que es la clave en la atención del paciente y familia durante el proceso. En la era de la comunicación seguimos comunicándonos con los pacientes como hace 30 años. Durante el año 2020 con la pandemia de la COVID, ha sido un antes y después en las consultas con las consultas telefónicas y videollamadas

entre otras. Además, en Navarra, se está trabajando proyectos de aplicaciones (APP) y mensajería tipo chat con la EGC.

Conviene recalcar como una de las principales limitaciones del tema estudiado la escasez de publicaciones existentes en el medio nacional, tendiendo que basar nuestro trabajo en la práctica del ámbito internacional.

Podemos concluir indicando que la figura de la EGC en procesos oncológicos tiene un rol clave dentro del equipo multidisciplinar, favoreciendo la continuidad y calidad de la atención al paciente con cáncer y su familia. Sin embargo, es de vital importancia seguir investigando para conocer mejor el rol y competencias de este nuevo perfil enfermero en el contexto español, conocer la satisfacción de los usuarios con esta figura enfermera, y especialmente disponer de datos sobre el coste y la efectividad de las intervenciones de la EGC en el ámbito de la oncología y en el de la Atención Primaria de Salud.

Referencias:

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. 2021. Madrid: seom.org; 2021.
https://seom.org/images/Cifras_d_el_cancer_en_Espnaha_2021.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. *Cáncer*. 2021. <https://bit.ly/3gTdMIJ>
3. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. <https://bit.ly/3gF6D8e>
4. Cantril C, Haylock PJ. Patient Navigation in The oncology Care Setting. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(2):76-90. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2013.02.003>
5. Loisel CG, Attieh S, Cook E, Tardif L, Allard M, Rousseau C et al. The nurse pivot-navigator associated with more positive cancer care experiences and higher patient satisfaction. *Can Oncol Nurs J*. 2020;30(1): 48-53. DOI: 10.5737/236880763014853.
6. Felipe Pautasso F, Zelmanowicz AM, Días Flores C, Aquino Caragnato RT. Atuação do nurse navigator: revisado integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0102. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0102>
7. Oncology Nursing Society. Role of the Oncology Nurse Navigator Throughout the Cancer Trajectory. *Oncol Nurs Forum*. 2018;45(3):283. DOI: 10.1188/18.ONF.283
8. International Council of Nurses. Guidelines on advanced Practice Nursing. Ginebra: Suiza;2020. 44p. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
9. Cantril CA. Overview of Nurse Navigation. En: *Oncology Nursing Society. Oncology Nurse Navigation: Delivering Patient-Centered Care Across the Continuum*. 2014. p. 1-13. <https://bit.ly/3vtyKN5>
10. Esparza A. Patient Navigation and The American Cancer Society. *Semin Oncol Nurs*. 2013; 29(2): 91-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2013.02.004>
11. Oncology Nursing Society. 2017 Oncology Nurse Navigator Core Competencies. 2017. <https://bit.ly/3xkspVw>
12. Baileys K, McMullen L, Lubejko B, Christensen D, Haylock PJ, Rose T et al. Nurse Navigator Core Competencies. An update to reflect the evolution of the role. *Clin J Oncol Nurs*. 2018;22(3): 272-281. DOI: [10.1188/18.CJON.272-281](https://doi.org/10.1188/18.CJON.272-281)
13. Consejería de Salud. *Enfermera de Práctica Avanzada en Procesos Oncológicos Complejos (EPA-POC). Estrategia de Cuidados de Andalucía. Plan Integral de Oncología de Andalucía*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (España). 2018. http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/estratcuidados/pdf/epa_oncologia.pdf
14. Cantril C, Christensen D, Moore E. Standardizing Roles. Evaluating oncology nurse navigator clarity, educational preparation, and scope of work within two healthcare systems. *Clin j Oncol Nurs*. 2019;23(1): 52-59. DOI: 10.1188/19.CJON.52-59
15. Shejila CH, Mamatha SP, Fernandes DJ. Oncology nurse navigator programme. A narrative review. *NUJHS*. 2015; 5(1): 103-107. ISSN: 2249-7110.
16. Lubejko BG, Bellfield S, Kahn E, Lee C, Peterson N, Rose T et al. Oncology Nurse Navigation. Results of the 2016 role delineation study. *Clin J Oncol Nurs*. 2017; 21(1): 43-50. DOI: 10.1188/17.CJON.43-50
17. McMullen L. Oncology Nurse Navigators and The Continuum of Cancer Care. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(2):105-117. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2013.02.005>
18. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. *Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Madrid (ES): Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. 283p. NIPO: 680-13-073-3.

- https://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf
19. Cook S, Fillion L, Fitch M, Veillette AM, Matheson T, Aubin M et al. Core areas of practice and associated competencies for nurses working as professional cancer navigators. *Can Oncol Nurs J.* 2013; 23(1): 44-62. DOI: [10.5737/1181912x2314452](https://doi.org/10.5737/1181912x2314452)
 20. Wagner EH, Ludman EJ, Bowles A, Penfold R, Reid RP, Rutter CM et al. Nurse Navigators in Early Cancer Care: a Randomized Controlled trial. *J Clin Oncol.* 2014;32(1):12.18. DOI: 10.1200/JCO.2013.51.7359
 21. Yackzan S, Stanifer S, Blair B, Barker s, Glass A, Weyl H et al. Outcome measurement. Patient satisfaction scores and contact with oncology nurse navigators. *Clin J Oncol Nurs.* 2019; 23(1): 76-81. DOI: 10.1188/19.CJON.76-81
 22. Zadeh H, Johnson J, Nashwan A. The Benefit of having oncology nurse navigators with implications for Qatar: a literature review. *Middle East J Nurs.* 2020; 14(1): 17-22. DOI: 10.5742MEJN.2020.93785
 23. Case MA. Oncology Nurse Navigator: Ensuring Safe Passage. *Clin J Oncol Nurs.* 2011; 15(1): 33-40. DOI: 10.1188/11.CJON.33-40
 24. Plan de salud de Navarra 2014-2020. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2014. DL: NA 701-2015. <https://bit.ly/3zuSiUC>
 25. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2013. pp 134. <https://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=Nuevo%20Modelo%20asistencial%5CEstrategia%20Cronicos%20y%20Pluripatologicos%20Finalx.pdf>
 26. Sociedad Española de Oncología Médica. Plan Integral de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer. Madrid;2013. ISBN: 978-84-695-8843-7
 27. Cancer Management. Organización Mundial de la Salud. 2021. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_3



Original

Incluyendo la salud sexual en la consulta enfermera onco-radioterápica con mujeres con cáncer ginecológico tratadas con braquiterapia y/o radioterapia.

Including sexual health in the onco-radiotherapy nurse consultation with women with gynecological cancer treated with brachytherapy and/or radiotherapy.

Judit Marín López

superjuditi@hotmail.com

Radioterapia en Hospital Clínica Benidorm, Alicante.



RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia al introducir la educación sexual como parte de la información para pacientes con cáncer ginecológico tratadas con Radioterapia externa y/o Braquiterapia en la consulta de Oncología Radioterápica del Hospital Clínica Benidorm.

Metodología: Describir y recoger los consejos necesarios para mujeres con tratamiento de Radioterapia externa y/o

Braquiterapia para evitar la cleisis vaginal, pero incluyendo una educación sexual que abarque el autoconocimiento de la anatomía, higiene, como aumentar y mejorar la lubricación natural.

Resultados: De un total de 70 mujeres con Cáncer Ginecológico tratadas en el Hospital Clínica Benidorm con Radioterapia y/o Braquiterapia entre noviembre de 2018 y hasta diciembre de 2019.

52 fueron a la consulta de enfermería de salud sexual al mes de finalizar sus tratamientos y se les dio información sobre cuidados, higiene, prevención de la cleisis y sobre la sequedad vulvo-vaginal. El 77% (40) usó un dilatador y 65% (34) además usó un estimulador de clítoris. Como consecuencia el 60% (35) notó mejoría en su nivel de lubricación. **Conclusiones:**

Introducir la salud sexual, el autoconocimiento y con ello la estimulación de clítoris añadida al tratamiento tradicional con dilatadores, aporta un aumento de la lubricación natural en las pacientes tratadas con Radioterapia y/o Braquiterapia en cáncer ginecológico. Aproximando la situación final al estatus fisiológico.

Palabras clave

Cáncer ginecológico, Salud sexual, Disfunción sexual, Autocuidado, Lubricación natural.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of introducing sex education as part of the discharge information given at the end of treatment, in patients with gynecological cancer treated with external radiotherapy and/or brachytherapy in the Radiotherapy Department at Hospital Clínica

Benidorm.

Methodology: To describe and collect the necessary advice given at the women treated with external radiotherapy and/or brachytherapy to avoid vaginal cleisis, also including sex education, covering anatomy self-knowledge of anatomy, hygiene, and how to increase and improve natural lubrication.

Results: Of a total of 70 women with Gynecological Cancer treated at the Hospital Clínica Benidorm with Radiotherapy and/or Brachytherapy between November 2018 and December 2019, 52 women attended a sexual health nursing consultation a month after completing their treatments and were given information on care, hygiene, prevention of cleisis and vulvo-vaginal dryness. 77% (40) of the women used dilator and 65% (34) also used the clitoral stimulator. Therefore, 60% (35) noted an improvement in their level of lubrication. **Conclusions:**

Introducing sexual health, self-knowledge and with it the stimulation of the clitoris added to the traditional treatment with dilators, provides an increase in natural lubrication in patients treated with Radiotherapy and/or Brachytherapy in gynecological cancer. Approximating the final situation to the physiological status.

Key words: Gynecologic cancer, Sexual Health, Sexual Dysfunction, Self-care, Natural lubrication.

INTRODUCCION

Los tumores ginecológicos son aquellos que se producen en el aparato genital femenino, donde conviven la funcionalidad reproductiva y la vivencia del placer. La salud sexual fue definida por la OMS como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social, relacionado con la sexualidad, y no sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad [1-4] Por lo tanto, cualquier dificultad cambio o disfunción en esta zona de la anatomía femenina, producida por el propio diagnóstico oncológico o por los tratamientos, trae consigo alteraciones directas sobre la salud sexual ya que compromete seriamente tanto la funcionalidad reproductiva, dependiente de la edad y de los deseos de la paciente, como la vivencia de la sexualidad y el placer.

Los tumores ginecológicos más comunes, en España son, según su prevalencia, el cáncer de endometrio 6,7%, de ovario 4,7%, cérvix 4,5%, y vulva y vagina con un 1% al 2% [5]. Alrededor de la mitad de las mujeres que padecen tumores ginecológicos tienen preocupaciones con respecto a

su sexualidad. El no abordaje de estos temas por parte de los profesionales de la salud puede tener consecuencias directas sobre las pacientes, como por ejemplo provocar una disminución de la adhesión a los tratamientos de supresión hormonal, debido al miedo a la disminución del deseo y de la actividad sexual, comprometiendo seriamente los resultados terapéuticos. [6]

Por tanto, en los centros asistenciales, tanto de medicina general como en los específicamente dedicados a la oncología, existe un claro vacío informativo sobre cuestiones sexuales, del que los pacientes se hacen claro eco [7]. La falta de confianza en su conocimiento, por parte de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, dificulta la iniciativa para el planteamiento de cuestiones sexuales.

Tras estos datos generales, nos planteamos la siguiente pregunta: ***¿Cómo son las necesidades del área de la salud sexual en la consulta de enfermería radioterápica de oncología radioterápica (OR) del Hospital Clínica Benidorm?***

El **objetivo general** es describir la experiencia de introducir un plan de cuidados para la paciente con cáncer

ginecológico que incluya la educación para la salud sexual en el servicio de OR del Hospital Clínica Benidorm.

- Conocer los principales efectos secundarios sobre la salud sexual que pueden presentar las mujeres con cáncer ginecológico tratadas con Radioterapia y/o Braquiterapia.
- Definir los diagnósticos de enfermería comunes presentes en el abordaje ineficaz de la sexualidad en la consulta de oncología-radioterápica.
- Describir los métodos más eficaces desde la medicina y la terapia sexual para paliarlos.

Metodología:

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal en el ámbito de la consulta de enfermería radioterápica en el servicio de OR el Hospital Clínica Benidorm con mujeres diagnosticadas de cáncer ginecológico y tratadas con Braquiterapia y/o Radioterapia. Incluidas al mes de finalizar su programa en la consulta de enfermería, se les dio información sobre cuidados y rehabilitación sexual que comprendía un repaso a los conocimientos que la paciente posee sobre su anatomía, higiene y salud sexual, uso de dilatadores, estimuladores de

clítoris, además de hidratación vulvar y consejos sobre cómo retomar las relaciones sexuales con su pareja si ese fuera su deseo.

Desde Noviembre de 2018 y hasta Diciembre de 2019, fueron invitadas 70 pacientes de las cuales finalmente pudieron participar 52. Se usaron como criterios de exclusión, deficiencias psíquicas, barreras religiosas o culturales (2 pacientes) Otras 4 tuvieron problemas y no pudieron participar en el programa, 5 no vinieron a la consulta del mes y 7 no contestaron a la llamada de control de los tres meses.

Resultados:

Media de edad de 57,21 años (rango 28 a 87años).

Del total de 52 mujeres que fueron vistas al mes de finalizar sus tratamientos 40 (77%) si usaron un dilatador y 12 (23%) no lo usaron. Treinta y cuatro (65%) usó un estimulador de clítoris y 18 (35%) no. La frecuencia con la que realizaron los ejercicios de rehabilitación que, en un principio se estipula diaria fue realizada así por 28 (54%) mujeres y de manera irregular (no de forma diaria) por 16 (31%). Ocho (15%) no supieron contestar.

La lubricación natural de las mujeres que sí realizaron los ejercicios para la rehabilitación

sexual, resultó mejorada en 35 (60%) mujeres, 13 (25%) no notaron mejoría y 4 (8%) no supieron contestar.

La exploración en su revisión periódica en ginecología pudo ser completa e indolora en 31 (60%), incompleta o dolorosa en 10 (20%) mujeres y 11 (21%) no sabían contestar. Relaciones con penetración, coito posible en 16 (31%), no posible en 35 (67%) y 1 (2%) no supo contestar.

Discusión:

Existe una necesidad clara de plantear un plan de cuidados global, que incluya educación sexual de calidad, que tenga en cuenta cuestiones tan importantes como el marco cultural del paciente, identidad de género, actitudes y prácticas sexuales [8], desde un enfoque multidisciplinar, que incluya no solamente médicos y enfermeros, también sexólogos y fisioterapeutas especialistas en suelo pélvico, y que tenga en cuenta el cuidado de la pareja. En una revisión realizada por Reesen et al en 2017 [9], con un total de 29 estudios de diez diferentes países europeos y de EEUU se estimó que en un 88% de las consultas médicas se planteaba alguna cuestión sexual, ya fuera por parte de los pacientes, de los profesionales sanitarios o de ambos. Además, el 60% de los pacientes que sí

planteaban alguna cuestión sobre su salud sexual, eran varones, y sólo el 28% de los casos fueron mujeres, reflejando una clara desigualdad cultural en el abordaje del contexto sexual. Estas diferencias han sido estudiadas en profundidad por profesionales de la salud como Valls en su artículo sobre "Desigualdades de género en la salud pública" [10], dónde parafraseando el estudio realizado en 1981 por Berstein y Kane sobre la actitud ante los problemas de salud con 253 profesionales de atención primaria, concluía que el 25% de las mujeres eran catalogadas como pacientes que "se quejaban en exceso" y sus síntomas eran fácilmente atribuibles a problemas emocionales. Un 26% de las dolencias femeninas fueron diagnosticadas como psicósomáticas, frente a un 9% atribuido a la misma causa en hombre.

En realidad, las mujeres fueron casi invisibles para la Ciencia hasta bien entrado el siglo XX, así como sus diferencias corporales, sociales y culturales [11]. La sexualidad, tanto en la salud como la enfermedad, no era una excepción. Por otro lado, el modelo de sexualidad vigente, que se puede definir como la manera en la que nos transmitimos la información

sexual de una generación a otra, está mayormente enfocado en la genitalidad y en el coito, como práctica principal [12]. La mujer se presenta como objeto de deseo, nunca como sujeto, y esta discriminación de género repercute en la vida sexual de las mujeres, en general.

Teniendo en cuenta la incidencia de la enfermedad sobre la población femenina, se estima que el 50% de las mujeres con cáncer de mama y/o ginecológico sufren disfunciones sexuales a largo plazo [13]. En este sentido, debería ser prioritario integrar una adecuada educación sexual como parte de los cuidados de enfermería, desde la consulta de Oncología Radioterápica, con el ánimo de prevenir cualquier tipo de futura disfunción que incluya formación para el profesional de la salud adecuado diagnóstico y asesoramiento sexual multidisciplinario [14].

Para entender como se ve afectada la salud sexual de las pacientes es interesante conocer las fases naturales del ciclo psico-fisiológico de la respuesta sexual humana definidas en un principio por Masters and Jonhson [15] en 1970 y, más tarde completado, por Kaplan en 2014 [16], quedando dos fases subjetivas: el deseo y la satisfacción sexual. Y cuatro fases objetivas: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

El objetivo de este artículo es conocer cómo afectan los tratamientos a los que comúnmente son sometidas las pacientes tras un diagnóstico de cáncer ginecológico, cirugía, quimioterapia, radioterapia y o braquiterapia [17]. Todos estos tratamientos producen cambios a nivel físico y psicológico que afectan a la salud sexual de las pacientes incluyendo sequedad vaginal y atrofia, dispareunia que puede llegar a un vaginismo secundario, pérdida de deseo, dificultad para alcanzar el orgasmo u orgasmos menos intensos, además de cambios en la imagen corporal que pueden resentir la autoestima [18, 19].

En la última versión DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) [20], donde son clasificados los trastornos mentales, aparecen por primera vez como independientes los trastornos sexuales de la mujer. Siendo este manual el más usado en el estudio de la sexología se identifican los siguientes como los más comúnmente expresados:

- Trastorno del interés/excitación sexual 302.72 (F52.22).
- Trastornos del orgasmo femenino 302.73 (F52.32).
- Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración. 302.76 (F52.6).

Para buscar una correlación que permita relacionar estos trastornos aparecidos en el DSM5 con los cuidados de enfermería, se han buscado los diagnósticos de enfermería de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), asociación de enfermeras creada con el propósito de definir, promover y trabajar para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos ó diagnósticos de enfermería que tiene que ver con la sexualidad y las actividades correspondientes para paliar los mismos (NIC) [21]. Dicha correlación se ha descrito en la Tabla 1.

Según la terapeuta sexual Kaplan [22], para que una mujer pueda experimentar un orgasmo ha de ser correctamente estimulada por si misma o por otros, estar relajada en el momento del encuentro y no tener ninguna inhibición aprendida que dificulte su respuesta orgásmica.

Por todo lo anterior y porque todas las pacientes tienen sus propias particularidades, el tratamiento de la anorgasmia requiere un estudio profundo en la historia psicosocial y sexual de la paciente. Por ejemplo, en el caso del cáncer de cuello de útero existe una mayor probabilidad de sufrir dolor génito-pélvico que dificultad o

incapacita para alcanzar el orgasmo.

En la mayor parte de los estudios que incluyen la observación de las disfunciones sexuales de las mujeres con cáncer ginecológico queda patente la necesidad que las pacientes tienen que exista un planteamiento holístico y completo hacia estas necesidades por parte de los profesionales de la salud [3, 4, 19]. En alguno de los estudios revisados se llegó a la conclusión que, aunque el uso del dilatador aportaba grandes beneficios a la hora de enfrentarse a la dispareunia y a la estenosis, hasta un 75% de las pacientes encuestadas rehusó su utilización, lo que se podía relacionar directamente con la necesidad de más información. En nuestro caso, donde las pacientes recibieron educación para la salud sexual, el porcentaje para el uso del dilatador se incrementa hasta un 76,92%. Además, sabemos que el uso diario del succionador de clítoris mejora la lubricación natural [23] y si añadimos el uso del dilatador la exploración ginecológica resulta menos dolorosa y se puede llevar a cabo de forma completa lo que facilita el seguimiento por los profesionales de la salud e incómoda lo mínimo a las pacientes.

El coito o la penetración en las relaciones es una práctica

que no suscita demasiado interés en las mujeres visitadas en la consulta. Ello, puede ser debido a que pasa o se relega a segundo plano frente a la enfermedad, los tratamientos y los efectos secundarios.

En un estudio cualitativo, Jappesen et al [24], hicieron evidente que variantes como el estado civil podían afectar severamente el afrontamiento, concluyendo que las mujeres irradiadas y solteras tenían mayores necesidades de rehabilitación. Además de que las mujeres menores de 55 años solicitaban con mayor frecuencia ayuda para solventar problemas sexuales y psicológicos.

Por otro lado, en la reciente revisión sistemática de Roussin et al [25], se señalaba que entre algunos factores protectores se encontraba el conocimiento y la confianza de los profesionales de la salud, el enfoque preventivo, la valoración de riesgos y necesidades, la comunicación equipo-paciente, la calidad de la relación, el apoyo psicosocial, el manejo de los síntomas, la accesibilidad a la atención psicosexual y la autoeficiencia en el redescubrimiento de la sexualidad.

Por lo tanto, es necesario, si no imprescindible, introducir la salud sexual en la consulta de enfermería de oncología radioterápica para facilitar herramientas que le permitan a la mujer coger las riendas de su sexualidad, abandonado cualquier prejuicio, aprendiendo el autocuidado en todos sus aspectos y prevenir posibles disfunciones a corto y a largo plazo.

Por parte de los profesionales de la salud, la formación continua y la confianza en sí mismos para abordar la sexualidad debe ser un objetivo además de contar con expertos de confianza en disciplinas como la sexología, la fisioterapia o la psicología.

El Servicio de Radioterapia del Hospital Clínica Benidorm es un centro de referencia en la zona en cuanto a Braquiterapia ginecológica se refiere y eso nos permite trabajar la sexualidad de mujeres sometidas a diversos tratamientos ginecológicos y aplicadores. Es un tema poco estudiado en general, pero es necesario ofrecer desde una base sólida de formación sexológica la intención de continuar acercando la salud sexual a la Onco-Radioterapia.

REFERENCIAS:

- [1] Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Definición del término Salud Sexual por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Internet [citado 2022 Febr]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51672>.
- [2] Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS) En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Celebrada en: Antigua Guatemala, Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000.
- [3] World Health Organization. Brief sexuality-related communication: Recommendations for a public health approach. World Health Organization 2015. Internet [Citado 2022 Febr]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49504>
- [4] Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. [citado 2022 Febr]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49504>
- [5] SEOR (Sociedad española de Oncología Radioterápica) Tumores ginecológicos. Página web Internet [citado 2022 Enero]. Disponible en: <https://seor.es/wp-content/uploads/Tumores-ginecológicos.-Medicos.pdf>
- [6] Bräutigam E, Schratte-Sehn A, Kottmel A, Bitzer J, Teleky B, Ucsnik L. Do radiation oncologists talk about sexual health and dysfunction with their cancer patients? Results of the igls-vienna-sexmed-survey. Clin Transl Radiat Oncol. 2020 Jan 31;21:120-126. doi: 10.1016/j.ctro.2020.01.005.
- [7] Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. J Clin Oncol. 2012 Oct 20;30(30):3712-9. doi: 10.1200/JCO.2012.41.7915
- [8] Papadopoulou C, Sime C, Rooney K, Kotronoulas G. Sexual health care provision in cancer nursing care: A systematic review on the state of evidence and deriving international competencies chart for cancer nurses. Int J Nurs Stud. 2019 Dec; 100:103405. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103405..
- [9] Barsky Reese J, Sorice K, Beach M C, Porter L S, Tulsy J A, Daly M B, Stephen Lepore J. Patient-provider Communication about sexual concerns in cancer: a systematic review. J Cancer surviv. 2017 Apr;11(2):175-188. Doi:10.1007/s11764-016-0577-9.
- [10] Valls-Llobet C. Desigualdades de género en la salud pública. Quadern CAPS. N°30, 2000. Barcelona. ISSN 0213-4462.
- [11] Valls-Llobet C. The Science of Difference: The Invisibility of Women in Health Sciences. Mètode Science Studies Journal. 2017; 7:121-125. Universitat de Valencia, España.
- [12] Olmeda-García B. Chavelas-Hernández D, Arzate-Mirelle C, Alvarado-Aguilar S. Desgenitalización, sexualidad y cáncer. GAMO 2010;9(5):208-214.
- [13] López Ramírez E, González Flores E. Cuidados continuos en Radioterapia. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. Oncología (Barc.) vol.28 no.3 mar. 2005.
- [14] Del Pup L, Villa P, Amar ID, Bottoni C, Scambia G. Approach to sexual dysfunction in women with cancer. Int J Gynecol Cancer. 2019;29(3):630-634. doi: 10.1136/ijgc-2018-000096.
- [15] Master WH, Johnson VE. Human sexual response. Ed Little Brown. Boston 1970
- [16] Kaplan S. H. La nueva terapia sexual, 1: Tratamiento activo de las disfunciones sexuales Colección Ciencias sociales. Edit Alianza 2 mayo 2014
- [17] NCI (National Cancer Institute) <https://www.nih.gov/>.
- [18] Sacerdoti RC, Lagana' L, Koopman C. Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? Prof Psychol Res Pr. 2010 Dec;41(6):533-540. Doi: 10.1037/a0021428.
- [19] Stabile C, Goldfarb S, Baser R E. Sexual Health Needs and Educational Intervention Preferences for Women with cancer. Breast Cancer Res Treat 2017 Aug;165(1):77-84. Doi:10.1007/s10549-017-4305-6.
- [20] Roehr B. American Psychiatric Association explains DSM-5. BMJ. 2013 Jun

6;346:f3591. doi: 10.1136/bmj.f3591.

[21] Butcher H.K, Bulechek G.M, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC)-E-Book. Sexuality. 2018. Elsevier Health Sciences.

[22] Kaplan Singer H. La nueva terapia sexual II. Las disfunciones sexuales de la mujer pág 177-178. Alianza Editorial S.A. Madrid, 1978,2014. ISBN:.978-84-206-8745-2.

[23] MaryAnn Schroder Ph.D, Mell L K, Hurteau J A, Collins Y C, Rotmensch J, Waggoner Steven E, S. Yamada D, Small Jr W, Mundt A J. Clitoral therapy device for treatment of sexual dysfunction in irradiated cervical cancer patients. Int J Radiant Oncol Biol Phys 2005 Mar 15:62 (4):1078-86

doi:10.1016/j.ijrobp.2004.07.728.

[24] Jappensen MM, Mogensen O, Dehn P, Jensen PT. Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer. J

Psychosom Obstet Gynaecol. 2015;36(3). doi:10.3109/0167482X.2015.1059417.

[25] Roussin M, Lowe K, Hamilton A, Martin L. Factors of sexual quality of life in gynecological cancers: a systematic literature review. Rch Gynecol Obstet. 2021 Sep;304(3):791-805. Doi:10.1007/s004004-021-06056-0.

[26] Chen Y, Bruning E, Rubino J, Scott E E. Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: Global hygiene practices and product usage. Womens Health (Lond) PMID:28934912.

[27] Moyano, N. Sierra, JC. Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DMS-5. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol.XXIV, núm. 3, noviembre, 2015,pp.277-286



Tabla 1. Correlación DSM5 con NANDA y NIC.

TRASTORNO DEL INTERES/EXCITACIÓN SEXUAL DSM5 302.76 (F52.22)
TRASTORNO DEL ORGASMO FEMENINO DSM5 302.72 (F52.32)
<u>Diagnóstico de enfermería:</u> DISFUNCION SEXUAL (NANDA 00059, 2021) Estado en el que el individuo presenta un cambio en su función sexual y la considera insatisfactoria, inadecuada o poco gratificante.
PATRON SEXUAL INEFECTIVO (NANDA 00065, 2021) Estado en el individuo expresa su preocupación con su sexualidad.
TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (NANDA 00118, 2021) Estado en el que un individuo experimenta una alteración en la percepción de su propia imagen mental del yo físico, un percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo. La imagen corporal es la interpretación que hacemos de nuestro cuerpo y puede estar influenciada por la sociedad, la cultura y el propio género.