



ARTÍCULO

MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA EN LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER Y GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

MODELS OF HEALTH CARE IN CANCER SURVIVORSHIP AND NURSING CARE MANAGEMENT



Ana M^a Mateo Cervera
Jefa de Área de Desarrollo en Cuidados e Innovación. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, España

Contacto: Ana M^a Mateo Cervera Complejo Hospitalario de Navarra. C/ Irunlarrea N^o3, Pamplona 31008
amateoce@navarra.es amateoce@navarra.es

Cristina García-Vivar
Profesora Titular de Universidad, Universidad de Navarra, Facultad de Enfermería. Investigadora
Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona, España

RESUMEN

El aumento de supervivientes de cáncer se está convirtiendo en un problema de salud pública a nivel mundial que requiere de la adaptación de los sistemas sanitarios para su gestión. La integración de la supervivencia del cáncer en la atención sanitaria supone una nueva forma de abordar el proceso oncológico para el equipo multidisciplinar de sa-

lud. El objetivo de este artículo es abrir un debate científico sobre el tipo de atención sanitaria que reciben los pacientes largos supervivientes de cáncer en España, y cómo diseñar un plan de cuidados que mejore la atención a este grupo de pacientes. La evidencia muestra la necesidad de implantar un plan de cuidados individualizado y previsto

desde la fase aguda de la enfermedad, como sucede en otros contextos sanitarios internacionales. Las enfermeras podrían desempeñar un rol clave en la gestión de cuidados en la supervivencia del cáncer.

Palabras clave. Cáncer, enfermería, gestión en salud, prestación de atención de salud, supervivencia.

ABSTRACT

The increasing of cancer survivors is becoming a public health problem worldwide that requires adapting health systems to manage survivorship. The integration of cancer survival in healthcare is a new way of tackling the cancer process for the multidisciplinary health team. The aim of this

article is to open scientific debate about the type of health care delivered to long-term cancer survivors in Spain, and how to design a care plan to improve care for this group of patients. Evidence shows the need to implement an individualized care plan from the acute phase of the disease,

as it occurs in other international health contexts. Nursing could play a key role in managing cancer survivorship care.

Keywords: Cancer, delivery of health care, nursing, health management, survivorship.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad en todo el mundo.

Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en

los próximos 20 años¹. Según el último informe mundial sobre cáncer de 2014, en



2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer¹. En España se diagnostica al año más de 200.000 nuevos casos de cáncer². Sin embargo, la tendencia de mortalidad ha ido disminuyendo a partir de los años 90, encontrándose en tasas similares a las de los países más desarrollados gracias a los avances en las terapias, así como a medidas de prevención y diagnóstico precoz. Así, las mejoras de las últimas décadas en oncología han supuesto un cambio radical, no sólo en la percepción del cáncer sino en las posibilidades reales de supervivencia².

Con el avance de las modalidades de diagnóstico y tratamiento del cáncer, el número de supervivientes ha crecido un total de 38 millones en todo el mundo, con 13,7 millones de supervivientes de cáncer en los Estados Unidos (EE. UU.) a partir de 2012^{3,4,5}. En España, hay actualmente 1.500.000 de supervivientes de cáncer, de los cuales casi la mitad son mayores de 70 años que presentan comorbilidades frecuentes a esa edad⁶.

Ante este aumento de supervivientes, las tendencias en la ciencia médica, servicios de salud y la conciencia de la salud pública convergen para forjar una nueva realidad sanitaria, como es el caso del movimiento de supervivencia en EE. UU. en los años ochenta⁷. Éste surge ligado a dos hechos que cambiaron el enfoque de atención a los supervivientes de cáncer⁸. Por un lado, la publicación en el *New England Journal of Medicine* de un artículo presentado por un joven médico, el Dr Fitz Hugh Mullan⁹, que describió por primera vez en 1985 las “estaciones de supervivencia”, identificando tres fases: *Supervivencia aguda* (vivir con cáncer) que comienza con el diagnóstico del cáncer e incluye el período

de exámenes y tratamiento del cáncer; *Supervivencia extendida* (intermedio; pasar el cáncer) que comienza con la remisión de la enfermedad y finalización del tratamiento inicial: esta fase puede incluir el mantenimiento, la consolidación o el seguimiento; y la *supervivencia permanente* (a largo plazo; vivir después del cáncer): identificada como la fase de la “cura” o con una supervivencia prolongada después de la remisión.

Tras la publicación de Mullan, en 1986 se creó en Estados Unidos la Coalición Nacional de Supervivencia del Cáncer (NCCS) cuya misión es promover la atención oncológica de calidad para todas las personas con cáncer. En 1997, el superviviente de cáncer y excampeón de ciclismo, Lance Armstrong, fundó la Fundación Lance Armstrong (Lance Armstrong Foundation) como un medio para unir y empoderar a las personas afectadas de cáncer. Entre los muchos logros de la Fundación está la creación de LIVESTRONG, un centro para ayudar y guiar a los supervivientes a afrontar las necesidades que experimentan tras los tratamientos. En el ámbito internacional, en 2005, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM por sus siglas en inglés) publicó el informe “*From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*” (De paciente oncológico a superviviente de cáncer: perdido en la transición), considerado un punto de inflexión en la supervivencia. Es una mirada integral de la situación y una propuesta de “Plan de Cuidados para Supervivientes” (PCS) para responder a la nueva realidad sanitaria.

En Europa, el movimiento ha sido más tardío, pero ya existen resultados al respecto. Por ejemplo, en 2012 se funda en Bari (Italia), el Grupo Europeo de colaboración en materia de supervivencia del

cáncer con el fin de reunir a investigadores europeos con el objetivo de compartir conocimientos, experiencias y aunar esfuerzos para la investigación en supervivencia⁵. En España, el Plan de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) prioriza las acciones de coordinación asistencial en el seguimiento del paciente e incluye no sólo los aspectos físicos sino también los psicológicos, sociales, emocionales y laborales¹⁰. Entre los objetivos de las SEOM para la atención al largo superviviente de cáncer se encuentran los siguientes: detección y manejo de los problemas comunes en este tipo de personas (cansancio, dolor, depresión, relaciones interpersonales, adaptación emocional, social y laboral, y las complicaciones reproductivas), monitorización de efectos secundarios derivados de los tratamientos, detección de recidivas y segundos tumores, calidad de vida e identificación de necesidades no cubiertas del largo superviviente, satisfacción de los pacientes, y optimización de los recursos asistenciales. También el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) está trabajando para dar respuesta a las necesidades de los largos supervivientes de cáncer, es decir aquellas personas que a los 5 años del diagnóstico y finalización de los tratamientos, se encuentran libres de enfermedad, pero pueden tener secuelas⁶.

Ante el aumento de los largos supervivientes de cáncer, se ve necesaria la integración de la supervivencia en la atención sanitaria, siendo hoy un gran reto que requiere de un “cambio de paradigma”¹¹. Supone para el equipo multidisciplinar una nueva forma de mirar y gestionar el cuidado y la atención en la trayectoria del cáncer.

OBJETIVOS

El objetivo de este artículo no es presentar una revisión exhaustiva sobre la atención sanitaria en la supervivencia del cáncer sino hacer una reflexión, basada en la evidencia publicada y en nuestra experiencia, sobre cómo podría mejorarse la atención que reciben los

largos supervivientes de cáncer a través de modelos específicos de atención a la supervivencia.

Para ello, el objetivo principal de este artículo es conocer los principales modelos de atención al superviviente de cáncer implantados en el contexto in-

ternacional. Los objetivos secundarios son: (1) identificar las características de los planes de atención al superviviente de cáncer, y (2) exponer la gestión de cuidados, liderada por enfermeras, en la atención a la supervivencia del cáncer.



MODELOS Y HERRAMIENTAS PARA UN ABORDAJE INTEGRAL AL LARGO SUPERVIVIENTE DE CÁNCER

1. Modelos de atención al superviviente

En las etapas de supervivencia extendida y permanente, las necesidades de los pacientes son diferentes a las detectadas en la etapa aguda del cáncer^{8,10,12}. El temor a la recidiva es una preocupación constante que puede afectar considerablemente a la calidad de vida, tal y como recogen las palabras de un largo superviviente “una vez que se ha tenido cáncer, cada pequeña cosa que surge piensas que tienes una recidiva del cáncer”¹³. Por ello, diversas organizaciones y fundaciones, tales como el Instituto de Medicina de los EE.UU (IOM), han creado comités específicos para centrar sus esfuerzos en describir las necesidades de los pacientes con cáncer una vez finalizada la fase aguda del tratamiento, y considerar el cáncer y sus consecuencias como una enfermedad crónica^{14,15}. Por otro lado, la edad avanzada de gran número de afectados de cáncer y supervivientes constituye un problema asistencial por la morbilidad añadida que presentan. Las toxicidades específicas de los tratamientos recibidos, especialmente cardíaca, pulmonar, y las toxicidades renales, pueden añadirse a su condición de comorbilidad. Por lo que se ve necesario seguir investigando sobre este tema para tratar de mejorar la atención y coordinación de los servicios¹⁴.

Ante esta nueva situación, cabe señalar la necesidad en centrar la atención al largo superviviente tanto en los síntomas físicos derivados de los tratamientos como en los aspectos psicosociales¹⁶. Los supervivientes esperan de los profesionales de la salud que se les escuche, recibir indicaciones individuales y escritas y herramientas educativas, entre otros. También esperan recibir una atención de calidad que responda a sus necesidades de salud¹⁰. Por tanto, esta realidad exige de estrategias innovadoras para mejorar la calidad y la coordinación de la atención al paciente tras un diagnóstico de cáncer.

En el informe “*Ensuring Quality Cancer Care*” (Garantizando la calidad de la atención al cáncer) publicado en 1999 sobre prestación de servicios de atención del cáncer, se encontró un abismo entre el cuidado ideal y el recibido por la mayoría

de los estadounidenses¹⁴. Según el IOM, calidad es “el grado en que los servicios de salud aumentan las probabilidades para que los resultados deseados sean coherentes con el conocimiento profesional actual”¹⁷. Si adaptamos esta definición al contexto de supervivencia, las sociedades europeas y americanas de oncología han consensuado que una atención de calidad para supervivientes debe plantearse como los modelos de atención a pacientes crónicos ya existentes¹⁸. Además, para evitar la falta de claridad acerca de quién es el responsable de la atención al superviviente, es necesario el diseño de modelos específicos de atención en la supervivencia de cáncer^{16,19}.

Según el Monográfico de Largos Supervivientes en Cáncer editado por la SEOM en 2012, existen dos modelos de atención implantados en el ámbito internacional. Por un lado, el modelo especializado, proporcionado por centros de atención específica del cáncer, con un abordaje multidisciplinar. Pueden agruparse en un mismo centro por tipo de neoplasia, por tipo de tratamiento u ofrecer un programa integral. Por otro lado, se encuentra el modelo compartido con dos modalidades de atención:

- Sin transición o simultáneo, en el que el paciente es valorado periódicamente por los especialistas de oncología, compartiendo con Atención Primaria la asistencia en enfermedades intercurrentes, promoción de la salud y manejo de comorbilidades.
- Con transición o secuencial, modalidad en la que después de un seguimiento inicial por oncología, tras un tiempo se transfiere a Atención Primaria, manteniendo contactos periódicos con los especialistas. Las responsabilidades están definidas y se establecen de una manera secuencial. En este modelo, los proveedores de los cuidados y educación son los profesionales de enfermería oncológica que además desarrollan un papel de enlace entre los dos niveles asistenciales.

El éxito para disminuir la transición y que exista realmente una continuidad asistencial se basa en la estratificación del riesgo de recidiva de cada paciente. Establecer categorías de riesgo-bajo, moderado o alto proporciona la base para la vigilancia y la intervención^{14,20}.

Cabe señalar los avances que se han realizado, especialmente en el ámbito internacional, en la implementación de nuevos modelos de atención en la supervivencia del cáncer. Sin embargo, queda evaluar estas experiencias¹². La evidencia, aún escasa, ha identificado algunos problemas en los modelos de atención actuales. Entre ellos destacan los siguientes puntos:

- 1 Los supervivientes son dados de alta de los servicios de oncología y pasan a sus proveedores de atención primaria. Se limitan a contactar con el equipo de oncología ante la presencia de nuevas sospechas de recidiva. La finalización del tratamiento no indica el final de la experiencia de cáncer²¹.
- 2 La transición a atención primaria no garantiza la continuidad de la atención²². Los profesionales de atención primaria no son expertos en el cuidado de la oncología. Al menos 50% de supervivientes de cáncer sufren de anomalías de efecto de retraso, disminución de la energía, trastornos del sueño, estado de ánimo alteraciones, así como preocupaciones con respecto a la recidiva y/o el desarrollo de nuevos tumores malignos^{3,23}.
- 3 Desde la perspectiva de la atención de primaria, los profesionales pueden carecer de los conocimientos y estrategias para la gestión de los supervivientes de cáncer^{21,24}.

Por tanto, es necesario seguir investigando para conocer con más detalle los modelos de atención más eficaces y eficientes, así como las características de los planes de cuidados para supervivientes; aspecto que se aborda a continuación.

2. Plan de cuidados en la supervivencia del cáncer

Tras la finalización de los tratamientos, en el período de transición, los pacientes que han pasado por una experiencia de cáncer necesitan orientación, lo que a menudo falta en la atención de salud actual. Se sienten perdidos en la transición, tal y como describe el informe de la IOM “*From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*”. No existe un protocolo estándar similar al que recibieron durante la etapa de supervivencia aguda (es decir durante los tratamientos), y salvo algunas



excepciones, no existen unas líneas directrices específicas para el seguimiento de los efectos tardíos.

Sin embargo, el cuidado al superviviente de cáncer puede considerarse especial porque a menudo intervienen múltiples especialistas durante el proceso (cirujanos, radioterapeutas, oncólogos médicos, psicólogos, enfermeras). Por lo tanto, la comunicación multidisciplinar en la atención al cáncer es fundamental²⁵. Asimismo, para establecer un Plan de Cuidados del Superviviente (PCS), es fundamental tener una historia completa del tratamiento del cáncer: resúmenes de las intervenciones

quirúrgicas, quimioterapia recibida, informe de radiación, transfusiones de sangre y / o de la médula ósea para trasplante, y cualquier terapia médica continua como la terapia endocrina^{14,19,24}. Así, el punto de partida del PCS es tener un resumen clínico de la atención recibida en la fase aguda de la enfermedad.

Puesto en marcha en Estados Unidos, el PCS se ha promovido como un aspecto clave en la atención de la supervivencia^{7,14,22,26}; en España, sin embargo, es menos conocido. Pero ¿qué es un PCS? Es la hoja de ruta para el superviviente que debe ser individualizado y entregado

por un equipo multidisciplinar de salud, que oriente y ayude al paciente a manejar las necesidades físicas y psicosociales que pueda experimentar²⁰. Existen plantillas de PCS desarrolladas por diferentes asociaciones; en todas ellas, se incluye el resumen de lo que ha sucedido durante el tratamiento de cáncer y lo que podría suceder como resultado de este y de la propia enfermedad²⁰. Las principales áreas del PCS, recogidos en la evidencia internacional, deben responder a las siguientes preguntas: ¿qué datos deben aparecer en el PCS? ¿Quién es responsable? ¿Cuándo hacerlo? ¿Qué implica?

Tabla 1. Características del Plan de Cuidados al Superviviente

<p>¿Qué datos debe contener el PCS?</p>	<p>Todos los datos sobre el proceso de cáncer^{24,25} :</p> <p>Diagnóstico, grado, localización, fechas, pruebas realizadas, etc.</p> <p>Tratamiento actual</p> <p>Tipo de tratamiento recibido</p> <p>Toxicidades detectadas</p> <p>Posibles efectos tardíos</p> <p>Calendario de revisiones: fechas y profesionales que vana intervenir</p>
<p>¿Quién debe hacerlo?</p>	<p>Sobre la autoría del plan, es importante que sea un trabajo multidisciplinar. Algunos artículos atribuyen la responsabilidad del seguimiento del PCS a la enfermera de oncología^{20,24}.</p>
<p>¿Cuándo hacerlo?</p>	<p>La época de transición es el momento óptimo para la evaluación holística de las necesidades y la asociada a una mayor necesidad de apoyo²⁰.</p>
<p>¿Qué implica?</p>	<p>Una evaluación holística^{5,23,31} : física, mental, social, laboral y espiritual</p> <p>Explicación de los motivos de la atención</p> <p>Información sobre los tratamientos y riesgos asociados</p> <p>Toma de decisiones con el paciente acerca de su futuro</p>



Hasta hace poco, el seguimiento para supervivientes de cáncer se ha restringido en gran parte a la detección de recidiva de la enfermedad primaria. Sin embargo, los nuevos PCS deben abordar efectos crónicos del cáncer (dolor, fatiga, prematura la menopausia, depresión, ansiedad, entre otros), y la prevención de los efectos tardíos como la osteoporosis, la enfermedad cardíaca, la detección de tumores malignos, y promoción de estilos de vida saludables²⁵. Un aspecto importante en el desarrollo de un PCS es que el paciente debe estar involucrado de una manera significativa, debe ser un colaborador en el proceso, no el destinatario de las decisiones de los proveedores de salud^{3,4,15}. Igualmente, el PCS debe ser compartido y completado por todos los profesionales de la salud involucrados en la atención continua del superviviente^{3,19,22,27}. Por ello, es esencial que el PCS esté integrado en la historia clínica y que ésta sea electrónica para facilitar la accesibilidad de todos los profesionales^{19,20,28}. Un aspecto que requiere aún mayor estudio es el tiempo y costes por la prestación de cuidados para supervivientes, pues se ha evidenciado que el desarrollo del PCS puede llevar entre 45 a 90 minutos por paciente^{20,23,26}.

Como hemos visto anteriormente en los modelos de atención al superviviente en el ámbito internacional, la labor de los equipos de atención primaria a veces es compartida con los especialistas, de for-

ma simultánea o secuencial. En nuestro entorno, rara vez hay una sola historia clínica integrada y el equipo de atención primaria no suele estar incluido en la gestión del paciente durante este tiempo⁴. Meses o años después de la finalización del tratamiento es cuando el paciente vuelve para revisiones regulares con el equipo de atención primaria. En esta etapa, muchos pacientes se sienten reticentes al seguimiento, pensando que el cáncer y el riesgo a una recidiva son la principal y más grave amenaza a la que se enfrentan en la etapa de larga supervivencia. Sin embargo, muchos son los supervivientes que experimentan efectos tardíos derivados de los tratamientos¹⁴, que deben ser abordados por profesionales de la atención primaria de salud.

3. El papel de la enfermera en la gestión de la supervivencia del cáncer

El cuidado a los supervivientes ofrece una oportunidad para que los diferentes agentes de salud implicados en la atención en la supervivencia del cáncer desempeñen un papel significativo para un cuidado y seguimiento eficiente y de calidad^{4,19}. En este contexto, la evidencia internacional destaca la figura del profesional de Enfermería como pieza clave en la provisión del plan de atención a supervivientes de cáncer, en todos sus ámbitos: asistencial^{4,23}, docente⁴, de gestión⁴, y de investigación²⁸. Entre las funciones que las enfermeras y enfermeros pueden desempeñar en

este nuevo escenario de atención, la literatura destaca tres áreas principales de intervención:

- Implementación y desarrollo de un resumen del tratamiento y de los planes de cuidados para el superviviente^{4,14}.
- Prevención y detección, vigilancia y promoción de la salud en supervivientes^{14,21}.
- Coordinación de la atención a la supervivencia^{4,5,13}.

Se han considerado a las enfermeras de práctica avanzada y especialistas en enfermería oncológica como los perfiles enfermeros más adecuados para prestar cuidados efectivos y eficientes a los supervivientes de cáncer²⁰. Cabe señalar que en algunos modelos de atención al superviviente ya instaurados, los profesionales de práctica avanzada son responsables de los resúmenes de tratamiento y planes de atención y de la continuidad de los cuidados con la atención primaria²⁰. Asimismo, la atención telefónica semanal o bisemanal por una enfermera de práctica avanzada ha sido descrita como una estrategia innovadora que ayuda al uso rentable de los recursos^{3,15}. Por lo tanto, se deberían abrir nuevas líneas de reflexión y evaluar el coste-efectividad de la atención al superviviente por parte del equipo multidisciplinar, y particularmente por parte del personal de enfermería.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En países del norte de Europa, así como en EE. UU. y Canadá, el potente movimiento surgido a favor del colectivo de supervivientes de cáncer y en pro de sus necesidades ha propiciado la implantación de nuevos modelos de atención sanitaria específicos para la prestación de cuidados en la supervivencia del cáncer; también la necesidad de una atención coordinada entre niveles asistenciales. En España, sin embargo, son aún escasas las experiencias en este tipo de atención. Por ello, consideramos necesario

aprender de las experiencias de otros países y tratar de diseñar e implementar en nuestro contexto un plan de cuidados específico para supervivientes, igual que lo hemos hecho para la atención al paciente pluripatológico.

Si bien es cierto que todavía hay poca investigación sobre la eficacia de los recursos puestos en práctica en términos de calidad de vida de los supervivientes, tenemos la oportunidad de implementar aquellas acciones que la evidencia científica considera como esencial para la atención al superviviente. Por un lado,

se destaca la importancia de planificar el PCS desde el diagnóstico de cáncer, incorporando el resumen clínico de la atención recibida en la fase aguda. Por otro lado, se identifica la necesidad de coordinación entre niveles asistenciales. Por último, las experiencias internacionales avalan el potencial que tiene el profesional de enfermería como pieza clave del engranaje asistencial para la prestación de cuidados de calidad al superviviente y para promover la tan deseada coordinación y continuidad de los cuidados.



BIBLIOGRAFÍA

1. Informe Mundial sobre cáncer 2014. International Agency for Research on Cancer (IARC) Disponible en: HYPERLINK "<http://globocan.iarc.fr>" <http://globocan.iarc.fr> [Consultado Noviembre 2018]
2. Las cifras del cáncer en España. SEOM. Disponible en : "https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf" https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf [Consultado Noviembre 2018]
3. Martin T, Moran-Kelly RM, Concert CM, Roberts LM, Powe JG, Farrell SN, et al. Effectiveness of individualized survivorship care plans on quality of life of adult female breast cancer survivors: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2013; 11(9) 258 – 309.
4. Miller R. Implementing a Survivorship Care Plan for Patients With Breast. *J Clin Oncol.* 2014;12: 479-487.
5. Downs-Holmes C, Dracon A, Svarovsky T, Sustin M. Development of a Survivorship Program. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 2015; Sup. Vol 18: 53-56.
6. Informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer. Disponible en: HYPERLINK "<http://www.gepac.es/>" <http://www.gepac.es/> [Consultado en Noviembre de 2018]
7. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, eds. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. Washington, DC: The National Academies Press; 2005.
8. Rowland J, Kent E, Forsythe LP, Håvard J, Hjorth L, Glaser A, et al. Cancer Survivorship Research in Europe and the United States: Where have we been, where are we going, and what can we learn from each other? *NIH.* 2013; 119: 2094–2108.
9. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med.* 1985; 313:273.
10. Manifiesto SEOM sobre la atención a los Largos supervivientes de cáncer. Disponible en: "http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/FOLLETO_MANIFIESTO_SEOM.pdf" http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/FOLLETO_MANIFIESTO_SEOM.pdf [consultado Noviembre 2018]
11. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. Ed. Fondo de Cultura Económica. 3ª edición. 1996.
12. Shapiro Ch L, McCabe MS, Syrjala KL, Friedman D, Jacobs L A, Ganz PA et al. The LIVESTRONG Survivorship Center of Excellence Network. *J Cancer Surviv* (2009) 3:4–11.
13. Marbach TJ, Griffie J. Patient Preferences Concerning Treatment Plans, Survivorship Care Plans, Education, and Support Services. *Oncol Nurs Forum.* 2011; 38: 355-342
14. Ganz PA, Casillas J, Hahn EE. Ensuring quality care for cancer survivors: implementing the survivorship care. *Semin Oncol Nurs.* 2008; 24: 208-217.
15. Jefford M, Lotfi-Jam K, Baravelli C, Grogan S, Rogers M, Krishnasamy M et al. Development and pilot testing of a nurse-led post-treatment support package for bowel cancer survivors. *Clin J Oncol Nurs.* 2011; 34; No. 3
16. Miller KD, Pandey M, Jain R, Mehta R. Cancer Survivorship and Models of Survivorship Care. A Review. *Am J Clin Oncol.* 2015; 00:1-7
17. Chassin MR, Galvin RW, and the National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality. *Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA* 1998; 280:1000–1005.
18. ASCO-ESMO Consensus Statement on quality cancer care. *J Clin Oncol.* 2006; 24:3498-3499
19. Taylor C, Odey K. Survivorship care planning care for colorectal cancer patients. *Gastrointestinal Nursing.* 2011; 9:24-29.
20. Klemp JR. Survivorship care planning: one size does not fit all. *Semin Oncol Nurs.* 2015; 31: 67-72.
21. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes Aten Primaria. 2012; 44(5):288-292.
22. Salz T, McCabe M, Onstad E, Baxi S, Deming R, Franco R, et al. Survivorship care plans: Is there buy-in from community oncology providers? *NIH.* 2014; 120(5): 722–730.
23. Stricker CT, O'Brien M. Implementing the Commission on Cancer Standards for Survivorship Care Plans. *Clin J Oncol Nurs.* 2014;sup 8:15-22.
24. Dulko D, Pace CM, Dittus K L, Sprague B L, Pollack LA, Hawkins NA et al. Barriers and Facilitators to Implementing Cancer Survivorship Care Plans. *Oncol Nurs Forum.* 2013; 40: 575-580.
25. Earle CC. Failing to Plan Is Planning to Fail: Improving the Quality of Care With Survivorship Care Plans. *J Clin Onco* 2006; 24: 5112-5116.
26. Shad A, Myers SN, Hennessy K. Late Effects in Cancer Survivors: "The Shared Care Model". *Curr Oncol Rep.* 2012;14:182–190.
27. Best Practices in Patient Navigation and Cancer Survivorship Survey Results. Disponible en: HYPERLINK "https://smhs.gwu.edu/gwci/sites/gwci/files/Best_Practices_Results_Summary-Final.pdf" https://smhs.gwu.edu/gwci/sites/gwci/files/Best_Practices_Results_Summary-Final.pdf. [Consultado junio 2015]
28. Vivar CG. Plan de cuidados en la supervivencia de cáncer: un reto en atención primaria. *Aten Primaria.* 2010;42:354-5.