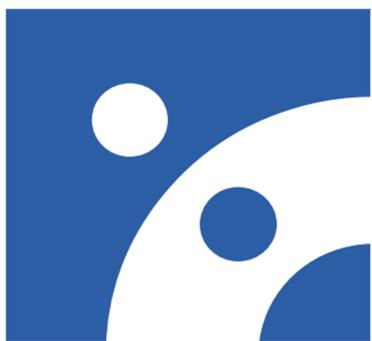


Volumen 24. Número 1 año 2022



enfermería oncológica

WWW.SEEO.ORG

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

 Dialnet

INDEXED IN
DOAJ

 medes
medicina en español

 MIAR
Matru d'informació per
a l'avaluació de Revistes

EBSCO

CINAHL
Available via EBSCOhost



 REBIUN
Red de Bibliotecas Universitarias

 RED Edit
Red de Bibliotecas de Edición Científica en Enfermería

 enferteca
Grupo Paradigma

 meica |  redap.org

Conocimiento Abierto sin fines de lucro propiedad de la academia

ISSN: 1576-5520 E-ISSN: 2659-2959

Edita:
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
SEEO

Calle Velázquez, 27, CP 28001, Madrid. España.

Junta directiva de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Presidencia:

Ángeles Peñuelas Saiz

Vicepresidencia:

Nuria Domenech-Climent

Secretaría General:

Patricia Beorlegui Murillo

Tesorería:

Juan Manuel Gavala Arjona

Secretaría de Actas:

Isabel Magallón Pedrera

Vocales:

Rosario Cumplido Corbacho, Patricia Beorlegui Murillo,

Julio C. de la Torre Montero.

Secretaría Técnica:

MeetingPharma

CONSEJO DE REDACCIÓN Revista SEEO:

Ana M^a Palacios Romero

Ainhoa Ulibarri Ochoa

Isabel Magallón Pedrera

Juan Manuel Gavala Arjona

Rosario Cumplido Corbacho

Virginia Salinas Pérez

Patricia Beorlegui Murillo

Cristina García Vivar

SUBDIRECTORA:

Nuria Domenech-Climent

DIRECTOR editor-jefe:

Julio C. de la Torre Montero

Se permite que puedan descargar las obras y compartirlas con otras personas,
siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera
ni se pueden utilizar comercialmente.



www.seeo.org
info@seeo.org
revista@seeo.org

Diseño y Maquetación: Julio de la Torre.
ISSN: 1576-5520 E-ISSN: 2659-2959 Depósito Legal: V-1194-2010.
Indexada en: **DOAJ, CINALH, EBSCO, MIAR, REBIUN, MEDES, CIBERINDEX, DIALNET,**
RED Edit, ENFERTECA, AMELICA

Editorial

LA ERA DE LA INMUNOTERAPIA EN ONCOLOGÍA

Jorgina Serra¹, Nuria López², Ana Soria³, Antonia Miranda⁴, Patricia Beorlegui⁵, María Dolores Pérez⁶.

Grupo de trabajo de inmunoterapia. Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEEO).

1. Enfermera de práctica avanzada de inmunoterapia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
2. Enfermera de hospital de día de oncología. Consorcio Hospitalario Provincial. Castellón.
3. Enfermera de hospital de día de oncología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.
4. Enfermera de hospital de día de oncología. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Málaga.
5. Enfermera de práctica avanzada en oncología. Clínica Universidad de Navarra.
6. Supervisora del hospital de día de oncología. Hospital 12 de octubre. Madrid.

En las últimas décadas el tratamiento oncológico ha evolucionado a pasos agigantados(1). De esta manera, nuevos tratamientos se han estandarizado en muchas patologías distintas(2) y dentro de estos nuevos fármacos el grupo que más ha destacado es el de la inmunoterapia. La inmunoterapia engloba todos aquellos tratamientos que modulan o imitan al sistema inmunitario. Pero cuando en oncología hablamos de inmunoterapia sobretodo nos referimos específicamente a los Anticuerpos Inhibidores de Checkpoint(3). Este tipo de

medicamento bloquea la señal inhibitoria del sistema inmunitario. De esta forma, el linfocito T no se inactiva al entrar en contacto con la célula cancerígena(4). Así, el sistema inmunitario propio del paciente tiene más posibilidades de eliminar las células cancerígenas. Este cambio de perspectiva en cuanto a eliminar células neoplásicas ha supuesto una revolución para muchos tumores: ha aportado mejoría en tiempo libre de enfermedad y ha conseguido remisiones completas en pacientes con tumores metastásicos(5). Y sobretodo, ha conseguido largos supervivientes en pacientes con

tumores históricamente incurables y/o con esperanzas de vida no superiores a los 12 meses(6). Por todas estas razones se están realizando numerosos estudios en los que se pretende añadir inmunoterapia a esquemas de tratamiento de diferentes tumores(7). Actualmente los tumores más respondedores a inmunoterapia son el cáncer de pulmón, el melanoma, el renal y los de otorrino (2). Pero muchos otros tumores ya han incluido la inmunoterapia en sus líneas de tratamiento, o bien lo harán en un futuro próximo.

Es importante matizar que si bien la inmunoterapia ha revolucionado el campo de la oncología no quiere decir que otros tratamientos como la radioterapia, la quimioterapia, la cirugía o la terapia dirigida no sean importantes. Lo importante es la sinergia que aporta la inmunoterapia a cada una de las otras terapias(8). Por otro lado, todavía existen numerosos interrogantes en el campo de la inmunoterapia. Por ejemplo: ¿Por qué algunos pacientes con las mismas características responden de manera tan distinta a los Anticuerpos Inhibidores de Checkpoints? ¿Seremos capaces de predecir qué pacientes van a presentar mayores toxicidades? ¿Y una mayor respuesta? De aquí la importancia de la investigación en este campo. Muy probablemente el futuro de la inmunoterapia aún tiene un largo camino por recorrer(9). Pero volviendo al presente, este tipo de tratamientos cada vez se utiliza

para más pacientes y el perfil de toxicidad es muy distinto a otros tratamientos más conocidos como por ejemplo la quimioterapia. Esta diferencia hace que sea importante conocer sus mecanismos de acción(10). Al conocerlos veremos que las posibles toxicidades derivadas de los mismos son mucho más complejas a las que estábamos habituados. Al impedir una señal inhibitoria del sistema inmunitario, estamos dejando parcialmente sin frenos al mismo, de esta manera, el sistema inmunitario puede provocar efectos inflamatorios en cualquier parte del cuerpo, en cualquier momento desde el primer ciclo que recibe el paciente y hasta meses después de haberlo finalizado(11). Esto dificulta mucho el manejo de las toxicidades y requiere de equipos multidisciplinares para su adecuado control. La enfermera tiene un papel clave en el manejo de estas toxicidades(12) y la educación al paciente es muy importante para que estos sean capaces de detectar de forma precoz una posible toxicidad inmunomediada. Cuanto antes se detecta, menos grave es, y no es necesario parar el tratamiento del paciente(13). Recordemos que este tipo de tratamientos en muchos casos es de duración indeterminada, por tanto, cuanto más tiempo se administre el fármaco mejor, siempre teniendo en cuenta la importancia de la calidad de vida del paciente. Si realizamos prevención de toxicidades, estas aparecerán de forma menos abrupta y por lo tanto, impactarán menos en la calidad de

vida(14). Otro punto clave en el manejo de toxicidades es la detección precoz por parte de los profesionales. Tanto para ello como para una educación sanitaria óptima, es vital la formación de enfermeras oncológicas en el campo de la inmunoterapia(15). Hoy en día, el peso del tratamiento con fármacos Inhibidores de Checkpoint, se ha equiparado al de otros tratamientos como la quimioterapia. Por este motivo, las enfermeras oncológicas requieren formación específica sobre estos tratamientos (16).

Precisamente estos puntos clave son los que se ha marcado el grupo de trabajo de inmunoterapia de la SEEO como objetivos. Para desarrollarlos, primero se inició la formación en inmunoterapia de todos los miembros del grupo. Posteriormente se está trabajando en dos principales líneas de trabajo. La primera es aproximar los conocimientos de la inmunoterapia a todos los centros sanitarios y para ello se ha creado un grupo de trabajo conjunto con la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). De este grupo de trabajo ya han salido los primeros frutos que van dirigidos a la formación de calidad, veraz y adaptada al paciente, fomentando así una correcta educación sanitaria. Se ha realizado un vídeo ilustrativo y un tríptico informativo para entregar a los pacientes. De esta forma, la información por escrito podrá llegar a centros más pequeños que todavía no disponen de documentos específicos para pacientes que reciben inmunoterapia.

Otra línea de trabajo del grupo de inmunoterapia es precisamente la formación a profesionales. Esta formación está pensada para ser desarrollada a través de sesiones divulgativas, pero también a través de materiales escritos enfocados a los cuidados enfermeros de estos pacientes.

Como ya hemos dicho, el tratamiento oncológico ha cambiado mucho en la última década. Las enfermeras oncológicas formamos parte de este cambio y somos vitales en el manejo de estos tratamientos. Para ello es necesaria la formación y la visibilidad en los planes estratégicos de salud. Desde la SEEO queremos contribuir a esta visibilidad, pero, sobre todo, a que las enfermeras oncológicas tengan herramientas suficientes para el manejo óptimo de los pacientes que reciben inmunoterapia.

REFERENCIAS

1. Bohnenkamp, Susan (Clinical Nurse Specialist, Banner University Medical Center, Tucson A. Immuno-Oncology: Another Option for Treatment of Cancer: EBSCOhost [Internet]. MEDSURG Nursing (MEDSURG NURS), Sep/Oct2018; 27(5): 336-339. (4p). 2018 [cited 2019 Nov 26]. Available from: <http://web.b.ebscohost.com.sire.ub.edu/ehost/detail/detail?vid=32&sid=5a985cb6-e66b-4a2f-933a-e11de71a68f4%40pdc-v-sessmgr06&bdata=JmxvZ2luLmFzcCZsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZS5zY29wZT1zaXRi#AN=132180609&db=ccm>
2. Vaddepally RK, Kharel P, Pandey R, Garje R, Chandra AB. Review of Indications of FDA-Approved Immune Checkpoint Inhibitors per NCCN Guidelines with the Level of Evidence. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2020 Mar 20 [cited 2020 Apr 5];12(3). Available from: https://www.mdpi.com/2072-6694/12/3/738?utm_source=researcher_ap&utm_medium=referral&utm_campaign=R_ESR_MRKT_Researcher_inbound
3. Davies, DNP, MSN, CNS, ACNP, AOCNP M. How Checkpoint Inhibitors Are Changing the Treatment Paradigm in Solid Tumors: What Advanced Practitioners in Oncology Need to Know. *J Adv Pract Oncol.* 2016 Aug 1;7(5).
4. Kobold S, Krackhardt A, Schlösser H, Wolf D. Immuno-Oncology: A Brief Overview. *Dtsch Medizinische Wochenschrift* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2020 Apr 5];143(14):1006-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30005434>
5. Miranda Poma J, Ostios Garcia L, Villamayor Sanchez J, D'errico G. What do we know about cancer immunotherapy? Long-term survival and immune-related adverse events. Vol. 47, *Allergologia et Immunopathologia.* Elsevier Doyma; 2019. p. 303-8.
6. Peterson JJ, Steele-Moses SK. Update on new therapies with immune checkpoint inhibitors. Vol. 20, *Clinical Journal of Oncology Nursing.* Oncology Nursing Society; 2016. p. 405-10.
7. Bayer V, Amaya B, Baniewicz D, Callahan C, Marsh L, McCoy AS. Cancer immunotherapy: An evidence-based overview and implications for practice. *Clin J Oncol Nurs.* 2017;21(2):13-21.
8. Constantinidou A, Alifieris C, Trafalis DT. Targeting Programmed Cell Death -1 (PD-1) and Ligand (PD-L1): A new era in cancer active immunotherapy [Internet]. Vol. 194, *Pharmacology and Therapeutics.* Elsevier Inc.; 2019 [cited 2020 Dec 14]. p. 84-106. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30268773/>
9. Reck M, Rodríguez-Abreu D, Robinson AG, Hui R, Csoszi T, Fülöp A, et al. Updated analysis of KEYNOTE-024: Pembrolizumab versus platinum-based chemotherapy for advanced non-small-cell lung cancer with PD-L1 tumor proportion score of 50% or greater. *J Clin Oncol* [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 14];37(7):537-46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30620668/>
10. Ginex PK, Brassil K, Ely B. Immunotherapy: Exploring the state of the science. Vol. 21, *Clinical Journal of Oncology Nursing.* Oncology Nursing Society; 2017. p. 9-12.
11. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, Atkins MB, Brassil KJ, Caterino JM, et al. Management of immune-related adverse events in patients treated with immune checkpoint inhibitor therapy: American society of clinical oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol.* 2018 Jun 10;36(17):1714-68.
12. Tuominen L, Stolt M, Meretoja R, Leino-Kilpi H. Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. Vol. 28,

Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd; 2019. p. 2401–19.

13. Davies M. Acute and Long-term Adverse Events Associated With Checkpoint Blockade. Vol. 35, Seminars in Oncology Nursing. Elsevier Inc; 2019.

14. J. Haanen, F. Carbone, C. Robert, K. Kerr, S. Peters JL and KJ. Management of Toxicities from Immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines | ESMO [Internet]. *Ann Oncol* (2017) 28 (suppl 4): iv119–iv142. 2017 [cited 2019 Nov 27]. Available from: <https://www.esmo.org/Guidelines/Supportive-and-Palliative-Care/Management-of-Toxicities-from-Immunotherapy>

15. Pirschel C. How the EVOLUTION OF IMMUNOTHERAPY Will Impact Oncology Nurses: EBSCOhost [Internet]. *ONS Voice* Jun2017; 38(6): 12-16. (5p). [cited 2019 Nov 26]. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/sire.ub.edu/ehost/detail/detail?vid=20&sid=5a985cb6-e66b-4a2f-933a-e11de71a68f4%40pdc-v-sessmgr06&bdata=JmxvZ2luLmFzcCZsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZSZZY29wZT1zaXRI#AN=124566336&db=ccm>

16. Lasa-Blandon M, Stasi K, Hehir A, Fischer-Carlidge E. Patient Education Issues and Strategies Associated With Immunotherapy. Vol. 35, Seminars in Oncology Nursing. Elsevier Inc; 2019.



Original

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA MEDIANTE UNA WEB-APP

WEB-APP EFFECTIVENESS OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION FOR THE PREVENTION OF BREAST CANCER

Andrea Martínez Urquijo¹, Rubén Martín Payo², Lucía Arasanz Rodríguez³, María del Mar Fernández Álvarez²

Judith Cachero Rodríguez⁴

Correspondencia: andreamartinezurquijo@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-4176-1669>

1. Hospital Cruz Roja de Gijón. España.
2. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, España.
3. Departamento de Lenguas Extranjeras. Gobierno de Aragón.
4. Hospital Monte Naranco (SESPA)

RESUMEN

Introducción: se estima que 1 de cada 8 mujeres tiene riesgo de desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida, por lo que, detectarlo de forma precoz es de suma importancia. Además, la mayoría de los tumores de mama son autodetectables por lo que se hace necesario educar y concienciar a las mujeres en una mayor responsabilización de su salud.

Objetivo: evaluar la eficacia de una intervención educativa desarrollada a través de una web-app, y basada en el modelo Behaviour Change Wheel, para mejorar el conocimiento y la adherencia a la autoexploración mamaria de forma rutinaria entre las

mujeres sin diagnóstico de cáncer de mama en el Principado de Asturias, así como a otras conductas saludables.

Método: estudio experimental, no aleatorizado, simple ciego, del tipo "grupo control sin tratamiento" llevado a cabo entre noviembre de 2019 y junio de 2020. La muestra final quedó constituida por 260 mujeres, distribuidas en grupo control (GC) y grupo intervención (GI). Las mujeres del GI participaron a través de una web-app en una intervención educativa, mientras que las del GC no recibieron ningún tipo de intervención. Los análisis se realizaron empleando el programa informático SPSS,

considerando que los resultados fueron estadísticamente significativos cuando el valor de p fue $\leq 0,05$.

Resultados: Tras la intervención, el 26,3% de las mujeres del GI sabían desarrollar correctamente la autoexploración mamaria y, el 79,8% percibían que su conocimiento era el adecuado, diferencia muy significativa ($p < 0,001$) con respecto a las mujeres del GC (53,0%). El 37,3% de las mujeres del GC y el 41,4% de las mujeres del GI realizaban mensualmente la autoexploración mamaria tras la intervención, diferencia muy significativa con respecto a la fase pre-intervención.

Discusión: al igual que los resultados de este estudio, investigaciones previas concluyen en que la mayoría de las mujeres no realizan la autoexploración mamaria regularmente por falta de conocimientos como motivo principal. Según un estudio realizado por Yépez-Ramírez et al, las mujeres que reciben instrucciones son capaces a posteriori de identificar precozmente cambios en su pecho en un 80-85%.

Conclusión: La intervención educativa basada en el modelo Behaviour Change Wheel y, desarrollada a través de una web-app, ha resultado ser efectiva en mujeres sin diagnóstico previo de cáncer de

mama para incrementar el nivel de conocimientos sobre la autoexploración mamaria, así como, la adherencia a realizar dicha técnica mensualmente.

Palabras clave: neoplasia de la mama, autoexamen de mamas, educación del paciente, prevención y control.

SUMMARY

Introduction: it is estimated that 1 out of 8 women is at risk of developing breast cancer. Thus, detecting it at an early stage is of utmost importance. Furthermore, most breast tumors are self-detected, which makes it necessary to educate and make women aware of being responsible for their health.

Objective: to evaluate the effectiveness of an educational intervention developed through a web app and based on the Behavior Change Wheel model, to improve the knowledge and adherence to routinely self-examination among women without a previous diagnosis of breast cancer in the Principality of Asturias, as well as other healthy behaviors.

Method: an experimental study, non-randomized, single-blind, "no-treatment control group" carried out between November 2019 and June 2020. The reference population comprised 260 women, divided into a control group (CG) and an intervention group (IG). The IG women took part through a web

app in educational intervention, whereas women from CG did not receive any type of intervention. The analyses were carried out using the computer program SPSS, considering that the results were statistically significant when the p-value was $\leq 0,05$.

Results: After the intervention, 26,3% of women in the IG knew how to develop a self-examination correctly and 79,8% noticed that their knowledge was appropriate, a significant difference ($p < 0,001$) among women in the CG. The 37,3% of women from the CG and 41,4% from the IG carried out monthly breast self-examinations after the intervention, a significant difference concerning the pre-intervention phase.

Discussion: Like the results of this study, previous research concludes that most women do not perform breast self-examination regularly due to a lack of knowledge as the main reason. According to a study developed by Yépez Ramírez et al, women who receive instructions can identify changes in their breasts at an early stage

Conclusion: The educational intervention based on the Behaviour Change Wheel model and developed through a web app has proven to be effective in women without a previous breast cancer diagnosis to increase the level of knowledge about breast self-examination

and adherence to the monthly performance of this technique.

Keywords: breast neoplasm, breast self-examination, patient education, prevention, and control.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es, a nivel mundial, el tumor más frecuentemente diagnosticado y, su incidencia, sigue en aumento ¹. Concretamente, en el año 2020, en España, fue de un 28,7% entre la población femenina ².

Se estima que una de cada ocho mujeres tienen riesgo de desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida ³, por lo que, detectarlo de forma precoz es de suma importancia para instaurar un tratamiento adecuado que permita reducir los índices de morbi-mortalidad asociados a este cáncer ^{4,5}. Se calcula que la mortalidad se reduce en un 25-30% si se realiza un diagnóstico temprano, para lo cual resulta esencial que las mujeres sean conocedoras de los medios que existen a su alcance para tal fin ^{6,7}.

Hay que tener en cuenta que la incidencia de cáncer de mama en mujeres jóvenes se encuentra en aumento y está descrito que los tumores en estas edades se producen desafortunadamente de forma más agresiva ⁸. En este sentido, pese a que la mamografía es el método más eficaz para detectar precozmente el cáncer de mama, es una técnica que

requiere de una infraestructura concreta para su desarrollo y, no apta para todas las mujeres como conducta preventiva debido a su edad^{9,10}. Por ello, y según evidencia científica, se recomienda que las mujeres menores de 50 años realicen también de forma rutinaria técnicas de diagnóstico precoz como la autoexploración mamaria⁸.

La bibliografía contempla a la autoexploración mamaria como una importante estrategia de prevención en relación con el cáncer de mama si se realiza de forma regular a partir de los 20 años^{9,7} en combinación con otras técnicas de diagnóstico precoz para obtener los máximos beneficios^{4,10}. Son numerosas las ventajas que se le atribuyen y, su principal finalidad es que las mujeres tomen conciencia de cuál es el aspecto normal de su región mamaria para así detectar de forma precoz cualquier cambio o anomalía que en ésta se presente^{7,10}.

Además, la mayoría de los tumores de mama son autodetectables^{11,9} por lo que se hace necesario educar y concienciar a las mujeres en una mayor responsabilización de su salud. Para ello, la literatura demuestra cómo las intervenciones educativas pueden ser efectivas para transmitir conocimientos¹², aumentando además su eficacia si su diseño se basa en algún marco teórico de referencia¹³. De esta manera, cobran

especial relevancia los canales que puedan ser empleados por un número elevado de mujeres como, por ejemplo, las web-apps¹⁴.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de una intervención educativa desarrollada a través de una web-app, y basada en el modelo Behaviour Change Wheel, para mejorar el conocimiento y la adherencia a la autoexploración mamaria de forma rutinaria entre las mujeres sin diagnóstico de cáncer de mama en el Principado de Asturias (España).

MÉTODO

DISEÑO

El estudio se ajustó a un diseño experimental, no aleatorizado, simple ciego, del tipo "grupo control sin tratamiento" y se llevó a cabo en el Principado de Asturias entre noviembre de 2019 y junio de 2020.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético del Principado de Asturias (ref.147/19) y se registró en el ClinicalTrial.gov (ref. NCT04396665). Se respetaron los preceptos de la Declaración del Helsinki. Específicamente, se solicitó consentimiento informado y se respetó la libre voluntad de abandonar la investigación en cualquier momento, así como, la confidencialidad de los datos de los participantes en el estudio.

PARTICIPANTES Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Durante el mes de noviembre de 2019, se contactó telefónicamente con las 304 mujeres sin diagnóstico previo de cáncer de mama, de entre 25-50 años, que habían participado previamente en otro estudio llevado a cabo por el equipo de investigación, a fin de solicitarles su colaboración. Con las que fue imposible establecer el contacto telefónico, se intentó nuevamente a través del email.

Se consideraron como criterios de inclusión: i. disponer de acceso a internet mediante cualquier dispositivo; ii. uso habitual del correo electrónico; iii. participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Como único criterio de exclusión, la imposibilidad de establecer contacto con las mujeres.

Durante esta primera comunicación, se les explicó el objetivo del estudio y las acciones que se llevarían a cabo posteriormente, entre las que se encontró la cumplimentación online del consentimiento informado.

Con respecto a la población de referencia, 44 mujeres fueron excluidas, por lo que la muestra final quedó constituida por 260 mujeres, distribuidas de forma no probabilística en dos grupos: grupo control (GC) y grupo intervención (GI). Se consideró como único criterio de asignación su área sanitaria a

fin de que gozaran de las mismas prestaciones y recursos en materia de promoción de la salud.

RECOGIDA DE DATOS E INSTRUMENTO DE MEDIDA

Tras el envío del consentimiento informado firmado, se les remitió a través del correo electrónico el formulario pre-intervención (PRE) junto con las instrucciones necesarias para su correcta cumplimentación. Éste incluía: cinco preguntas sociodemográficas (edad, estado civil, nivel máximo de estudios completados, peso y talla), un check-list desarrollado ad-hoc con el objetivo de analizar el correcto desarrollo de la autoexploración mamaria y, dos cuestiones para evaluar la percepción de conocimiento, así como, la adherencia mensual a dicha técnica (anexo 1).

Tras la intervención educativa, seis meses después, se les envió el formulario post-intervención (POST), idéntico al de la fase anterior, para su cumplimentación.

Conocimiento sobre la técnica correcta de autoexploración mamaria. Se elaboró un check-list con los seis pasos que describe Abera et al ¹⁵ en relación con la técnica correcta, con la finalidad de evaluar el conocimiento de las mujeres para el correcto desarrollo de la autoexploración mamaria. Cada paso acertado y en el orden

adecuado sumaba 1 punto y cada paso erróneo o en el orden inadecuado, 0 puntos.

se determinó que “no saben realizar la autoexploración mamaria adecuadamente”.

VARIABLE	CATEGORÍA	NATURALEZA
Grupo	Control=0; Intervención=1	Cualitativa nominal
Edad	En años	Cuantitativa
Estado Civil	Soltera=0; Casada o en pareja=1; Separada, divorciada o viuda=2	Cualitativa nominal
Nivel Educativo	No universitarios=0; Universitarios=1	Cualitativa nominal
IMC	Medida en kilogramos/metro ²	Cuantitativa
Desarrollo correcto autoexploración mamaria	No=0; Si=1	Cualitativa nominal
Percepción conocimiento autoexploración mamaria	No=0; Si=1	Cualitativa nominal
Realización autoexploración mamaria mensual	No=0; Si=1	Cualitativa nominal

Tabla 1. Variables

Objetivo general	Identificar y reconocer de forma precoz cualquier anomalía o alteración en las mamas	
Objetivos operativos	COM-B	Intervenciones
Realizar correctamente la técnica de autoexploración mamaria	Capacidad física	Capacitación
Evaluar los beneficios y riesgos de realizar o no adecuadamente una correcta autoexploración mamaria	Motivación reflexiva y automática	Education Persuasion
Reconocer los beneficios que se obtienen de identificar de forma precoz cualquier anomalía en las mamas	Motivación reflexiva	Educación Persuasión
Sentir confianza para realizar de forma autónoma una correcta autoexploración mamaria	Capacidad física y psicológica Motivación automática	Educación Persuasión

De tal manera que, si las mujeres cumplimentaban de forma correcta todo el checklist, se podría concluir en “saben realizar la autoexploración mamaria adecuadamente”, de no ser así,

Tabla 2. Matriz autoexploración mamaria según el modelo BCW

Percepción de conocimiento y adherencia mensual. Se desarrollaron dos preguntas con opción de respuesta dicotómica (si/no).

VARIABLES A ESTUDIO

Las variables utilizadas en esta investigación pueden observarse en la Tabla 1.

INTERVENCIÓN

Durante los meses de diciembre 2019 a mayo de 2020, las mujeres del GI participaron a través de una web-app en una intervención educativa basada en el modelo Behaviour Change Wheel (BCW) (Tabla 2). Las mujeres del GC no recibieron ningún tipo de intervención.

El contenido de la web-app, diseñada específicamente para el presente proyecto, estaba relacionado con aspectos relativos a la prevención del cáncer de mama. Se organizó en seis bloques, la mayoría con subapartados, con el fin de que la información quedara bien diferenciada por su temática: i. factores de riesgo; ii. detección precoz (autoexploración mamaria y signos y síntomas); iii. actividad física (crea tu rutina y recursos); iv. noticias (alimentación, actividad física y evaluaciones); v. tu nutricionista; vi. concurso (ranking).

El contenido de los tres primeros bloques fue fijo durante toda la intervención, mientras que, en los dos últimos, se iba incorporando de forma progresiva para dotar a la web-app de cierto dinamismo y así, motivar a las mujeres a visitarla con regularidad.

El primer bloque pretendía dar a conocer a las participantes los factores de riesgo del cáncer de mama, así como el contenido del segundo bloque pretendía dar a conocer su sintomatología y la forma correcta de llevar a cabo una autoexploración mamaria a través de seis videos explicativos.

Para promocionar que las mujeres realizaran actividad física de forma regular, ya sea en casa o al aire libre, se les facilitaron en el tercer bloque enlaces a otras webs donde informarse de las rutas disponibles en el Principado de Asturias, así como 62 videos donde una modelo explicaba la forma de llevar a cabo ejercicios sencillos en sus domicilios sin un equipamiento concreto. Éstos estaban divididos en función del grupo muscular que se quisiera trabajar (espalda, miembro inferior, miembro superior y abdominales) y la intensidad del ejercicio (ejercicios para comenzar, para seguir y para acabar).

En el cuarto bloque, de forma quincenal, se subía contenido en relación con alimentación saludable y práctica de actividad física. La temática de cada post tenía como finalidad que pudieran aplicarlo en su día a día, de tal manera que consiguieran progresivamente cambiar sus conductas. La información aportada se disponía de forma concisa, en forma de texto o imagen.

“Tu nutricionista” era un apartado donde también de

forma quincenal, se colgaban videos de duración inferior a cinco minutos, aportados por una técnica en nutrición.

o recetas saludables que realizaban, notificar cuándo realizaban actividad física y durante cuánto tiempo y, cumplimentar unos cuestionarios con tres preguntas relativas a la

		TOTAL	GC	GI	t	p
Edad media (DE)		39,51 (7,017)	38,18 (7,334)	40,39 (6,685)	2,270	0,024
					X ²	p
Nivel de estudios	Universitarios	66,7	73,6	61,8	3,179	0,075
	No universitarios	33,3	26,4	38,2		
Estado civil	% Solteras	33,8	40,2	29,3	2,748	0,253
	% Casadas	55,7	50,6	59,3		
	% Viudas, divorciadas, separadas	10,5	9,2	11,4		

Tabla 3. Características sociodemográficas

En ellos se ofrecían consejos sobre cómo comprar o elaborar alimentos de forma saludable. Finalmente, el último apartado, se diseñó como estrategia motivadora. El concurso estaba formado por cuatro retos, cada uno de ellos con unas normas de participación y puntuación en el ranking diferentes. Los retos, al igual que el contenido de la web-app, tenían como objetivo que las mujeres aumentaran sus conocimientos en relación con la prevención del cáncer de mama, mantuvieran una alimentación saludable y realizaran actividad física de forma regular. Debían mandar fotografías de las rutas

información que se iba colgando en la web-app. Para motivarlas a realizar dichas actividades, así como que incrementaran sus conocimientos en relación con las conductas saludables de prevención de cáncer de mama, la participante que mayor puntuación obtuviera al final de la intervención educativa ganaría un premio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO
 Inicialmente, se realizó la descripción de las características personales de la muestra y de las pérdidas producidas en la población de referencia. Posteriormente, se describieron, antes y después de la intervención educativa, las variables que hacían referencia

a los conocimientos y la adherencia a la autoexploración mamaria. Para ello se utilizaron los índices propios de la estadística descriptiva: frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones típicas. La diferencia en la adherencia a las conductas entre los grupos GC y GI se calculó empleando la prueba χ^2 , mientras que, para las diferencias en el cambio de cada una de las conductas entre ambas fases del estudio, se utilizó la prueba McNemar.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra quedó constituida por 260 mujeres que aceptaron participar en el estudio, no obstante, iniciaron la intervención educativa 224 mujeres distribuidas entre el GI (n=134) y GC (n=90) ya que 36 de ellas no cumplimentaron el formulario pre-intervención.

	TOTAL	GC	GI	χ^2	p
Conocimientos PRE	15,6	5,6	22,4	11,571	0,001
Conocimientos POST	25,3	24,1	26,3	0,112	0,738
p		0,004	0,851		
Percepción PRE	49,6	44,4	53,0	1,571	0,210
Percepción POST	67,6	53,0	79,8	14,786	<0,001
p		0,189	<0,001		

Tabla 4. % de mujeres que sabían y percibían realizar correctamente la autoexploración mamaria entre la fase PRE y POST para GI (n=134) y GC (n=90).

Los análisis se realizaron empleando el programa informático IBM SPSS -IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp-considerando que los resultados fueron estadísticamente significativos cuando el valor de p fue $\leq 0,05$.

La media de edad de la muestra fue de 39,51 años (DE= 7,017). La mayoría de las participantes tenía estudios universitarios (66,7%) y el 55,7% estaban casadas (Tabla 3).

Finalizaron la investigación 182 mujeres (81,3%), por lo que el total de pérdidas fue de 42 (18,85), 35 del GI y 7 del GC. El 100% de las mismas fue debida a la no cumplimentación del formulario en la fase POST (Figura 1).

CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

Al inicio de la intervención educativa, ambos grupos a estudio, partían de conocimientos diferentes y estadísticamente significativos (Tabla 4).

PERCEPCIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

Casi la mitad de las mujeres del total de la muestra (49,6%) percibían tener los conocimientos necesarios para llevar a cabo de forma correcta una autoexploración mamaria, sin ser significativa la diferencia entre ambos grupos (Tabla 4).

Tras la intervención educativa, el 24,1% de las mujeres del GC sabían desarrollar adecuadamente la técnica, diferencia que además fue estadísticamente significativa ($p=0,004$).

El 26,3% de las mujeres del GI, tenían conocimientos adecuados sobre la técnica correcta de autoexploración mamaria en la fase POST.

Tras la intervención educativa, el 79,8% de las mujeres del GI percibían que su conocimiento era el adecuado, diferencia que fue muy significativa con respecto a las mujeres del GC (53,0%) y con respecto a su conocimiento de partida.

AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA MENSUAL

El 17% del total de la muestra realizaba de forma mensual la autoexploración mamaria en la fase PRE, siendo el porcentaje en ambos grupos a estudio similar al inicio de la intervención.

El porcentaje de realización aumentó en la fase POST, llegando a ser estadísticamente significativo para ambos grupos ($p<0,001$), de tal manera que, el 37,3% y el 41,4% de las

	TOTAL	GC	GI	X ²	p
Realiza mensualmente autoexploración mamaria PRE	17,0	17,8	16,4	0,071	0,790
Realiza mensualmente autoexploración mamaria POST	39,6	37,3	41,4	0,312	0,576
p		<0,001	<0,001		

Tabla 5. % de mujeres que realizan mensualmente la autoexploración mamaria en la fase PRE y POST para GI (n=134) y GC (n=90).

mujeres del GC y GI, respectivamente, realizaban de forma mensual la autoexploración mamaria tras la intervención educativa (Tabla 5).

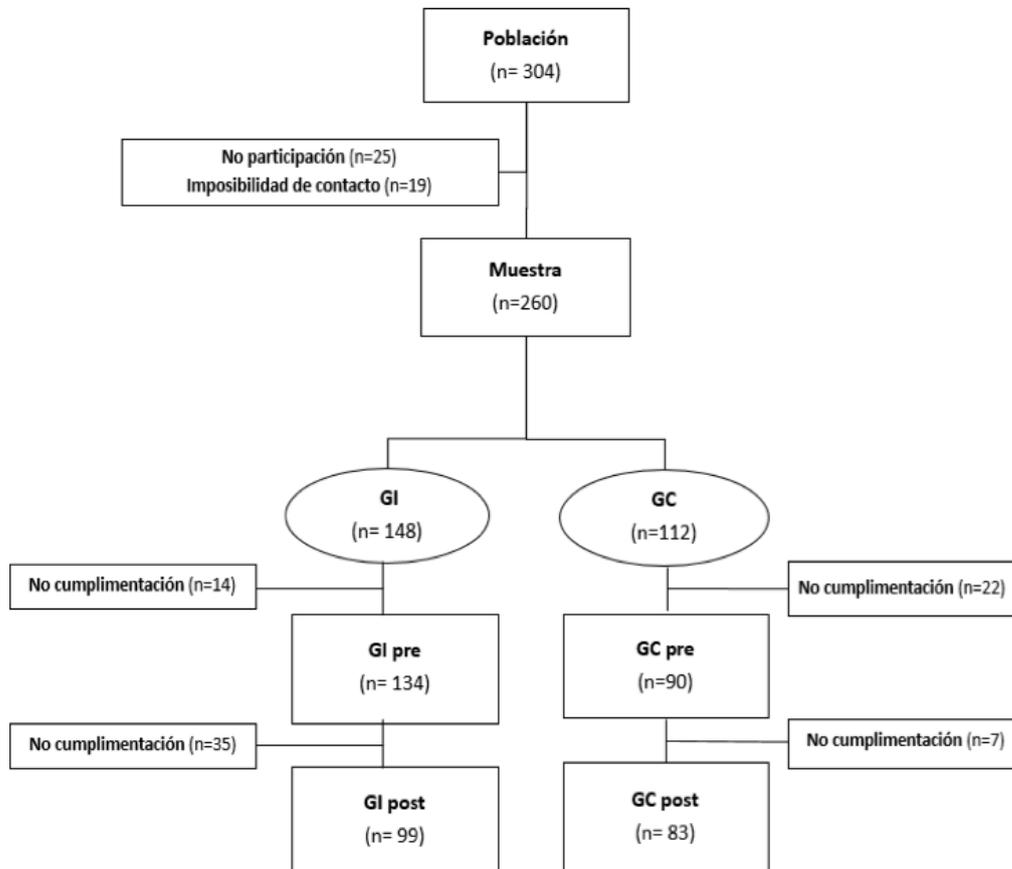


Figura 1. Distribución de la población a estudio

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos dan respuesta al objetivo planteado en esta investigación y, permiten determinar la efectividad de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y la adherencia en relación con la práctica de la autoexploración mamaria de forma rutinaria. Así como, la sensibilización o concientización de factores de riesgo individuales.

El aumento de la incidencia del cáncer de mama se debe a la influencia de múltiples factores. Entre ellos, cabe destacar la escasa conciencia que tienen las mujeres acerca de la importancia de realizar técnicas de diagnóstico precoz para su detección temprana ^{6,10}. Es por ello que, encontrar la mejor manera de informar, educar y concienciar a las mujeres en el desarrollo de conductas que reduzcan el riesgo de cáncer de mama, es de vital importancia para la prevención de este tumor ¹⁴.

Hoy en día el uso de Internet está generalizado en nuestra población, permite un acceso rápido a la información y posee grandes ventajas cuando lo que se pretende es desarrollar una intervención de promoción de la salud¹⁴. Es importante tener en cuenta que 9 de cada 10 usuarios acceden a internet a través de su Smartphone y que el 89% del tiempo que invierten en su uso es para utilizar Apps¹⁶. Por estos motivos, se optó por diseñar una web-app, como medio para implementar esta intervención educativa. Otros estudios, como los realizados por Lee et al¹², Hong et al¹⁷ y Fanning et al¹³, obtuvieron resultados positivos en sus investigaciones en cuanto a los beneficios del uso de dispositivos móviles para incrementar la práctica de actividad física^{17,13} o para aumentar los conocimientos en cuanto a los métodos de cribado del cáncer de mama¹².

El número de mujeres que aceptaron participar en el estudio fue similar al de otras investigaciones^{18,19} con edades que van de los 25 a los 50 años^{9,20}. Quizás, el hecho de seleccionar una web-app como intervención educativa haya podido influir, ya que el uso de Internet como fuente de información para temas de salud, es uno de los medios preferidos por mujeres de este rango de edad²¹.

En esta investigación se ha utilizado el modelo BCW por ser relativamente actual y con

eficacia demostrada en el cambio de conductas, marco que ha sido utilizado también en investigaciones similares, como las llevadas a cabo por Martín-Payo et al²² y Fernández-Álvarez et al²³.

La literatura sugiere que los programas de prevención de cáncer de mama no deberían estar circunscritos únicamente al ámbito clínico, así todas las mujeres y no solo aquellas con una elevada probabilidad de desarrollar este tumor, podrían ser conscientes de sus riesgos y llevar a cabo conductas saludables²⁴.

Alrededor del 80% de los casos de cáncer de mama son autodetectables^{11,9} y pese a esto, tan solo entre el 5-10% de ellos se diagnostican precozmente, lo cual sugiere que, por algún motivo, las mujeres no llevan a cabo las recomendaciones establecidas que consiguen que la supervivencia aumente²⁵. Según un estudio realizado por Yépez-Ramírez et al²⁶, las mujeres que reciben instrucciones son capaces a posteriori de identificar precozmente cambios en su pecho en un 80-85%. Investigaciones previas concluyen que las mujeres que han oído hablar de la autoexploración mamaria, la consideran beneficiosa para llevar a cabo una mejor prevención de su salud. Sin embargo, según las investigaciones realizadas por Alameer et al⁴ y Sama et al²⁷,

y que coincide con los resultados de esta investigación, la mayoría de las mujeres no la realizan de forma rutinaria y, de ahí que muchos de los tumores sean diagnosticados de forma tardía con el riesgo para la salud que esto conlleva.

Estudios realizados por Sama et al ²⁷ y Akpinar et al ³ determinaron que el motivo más frecuente para no llevarla a cabo es precisamente la falta de conocimientos sobre cómo desarrollarla de forma correcta. En este sentido, cabe pensar que ésta no ha sido la barrera principal de las participantes de este estudio para no llevar a cabo la autoexploración mamaria, porque prácticamente la mitad de la muestra (49,6%) percibía en la fase PRE tener buenos conocimientos en relación con la técnica correcta. Saei et al ⁵ y Esfahani et al ¹⁰ en sus estudios, destacan que el miedo a encontrar algún "bulto", la vergüenza a ser vistas por los profesionales sanitarios o, la poca percepción de riesgo, son otras de las barreras que plantean las mujeres para no desarrollar la autoexploración mamaria de forma rutinaria, resultados que probablemente se puedan extrapolar también a nuestro medio.

Para determinar cuál era el nivel de conocimientos que tenían las mujeres sobre dicha técnica, se diseñó un check-list ad hoc autoadministrado mediante el cual debían ordenar

de forma correcta todos los pasos descritos por la literatura. Cancela- Ramos et al ²⁰ y Abera et al ¹⁵, utilizaron también este recurso en sus investigaciones. Al analizar cuál era el conocimiento real del que partían las mujeres al inicio de la intervención, se obtuvo que tan solo el 5,6% del GC y el 22,4% del GI conocían el orden correcto de los pasos, siendo esta diferencia significativa entre ambos grupos. Estos resultados avalan el déficit de conocimiento que, pese a su importancia, descrita así por la bibliografía consultada, se continúa teniendo sobre la autoexploración mamaria y siguen en la línea de investigaciones previas ^{4,27}.

Tras la intervención educativa, casi el 80% de las mujeres del GI percibieron tener buenos conocimientos en relación con la autoexploración mamaria, siendo muy significativa en este grupo la diferencia entre ambas fases del estudio, y pese a no ser en un porcentaje muy elevado, aumentaron también su nivel de conocimientos real en cuanto a la técnica correcta. Otros estudios obtuvieron resultados similares a los de la presente investigación, bien es cierto que con una diferencia mayor en cuanto al nivel de conocimientos se refiere ^{7,28}. Esta diferencia puede deberse a que, en su caso, el check-list fue heteroadministrado, de forma que la mujer desarrollaba la autoexploración mamaria siendo evaluada en ese

momento por el investigador. Por este motivo, cabe la posibilidad de que la destreza a la hora de cumplimentar el check-list o la comprensión del mismo, no favoreciera tal diferencia en los resultados obtenidos. Ciertamente es que, debido a la situación de pandemia en la que se vio involucrado este estudio, hubiera sido imposible llevar a cabo el check-list presencialmente, por eso puede ser un punto a tener en cuenta para futuras investigaciones.

Casi la mitad de las participantes del GI (41,4%), realizaban la autoexploración mamaria de forma mensual en la fase POST, siendo la diferencia muy significativa con respecto a la fase PRE. Este resultado lleva a pensar que las intervenciones realizadas a través de la web-app fueron efectivas para lograr el cambio de conducta. Otros estudios similares realizados por Bowen et al ¹⁴ y Alameer et al ⁴, obtuvieron también resultados muy positivos tras sus intervenciones educativas en relación con la frecuencia de realización de la autoexploración mamaria.

Como era de esperar, las mujeres del GC, que no participaron en la web-app, prácticamente se mantuvieron en el mismo porcentaje de percepción de conocimientos en cuanto a la técnica de autoexploración mamaria que al inicio de la intervención (53,0%). Sin embargo, en la

fase POST, el 24,1% de las mujeres de este grupo supo realizar correctamente la técnica y el 37,3% la llevaban a cabo mensualmente, diferencias que además fueron significativas. En un estudio similar realizado en Malasia por Akhtari-Zavare et al ²⁸, las participantes del GC, tras seis meses de intervención, también incrementaron sus conocimientos, así como la práctica y frecuencia de dicha técnica. Este hecho puede deberse al efecto Hawthorne ²⁹, es decir, el haber cumplimentado un formulario con preguntas acerca de la autoexploración mamaria, puede haber suscitado la percepción de que no se estaba realizando adecuadamente y motivado el cambio. Puede ocurrir que por el hecho de estar participando en un estudio y ser conscientes de ello, los participantes modifiquen en alguna premisa sus conductas habituales para que estas sean más saludables.

Finalmente, tras ser conocedores de cuáles son algunas de las barreras que tienen las mujeres para no llevar a cabo la autoexploración mamaria y, del escaso conocimiento del que disponen para hacer la técnica de forma correcta, se hace necesaria la aplicación de intervenciones educativas como la desarrollada en esta investigación a través de un marco teórico como el BCW, que ha demostrado ser efectivo, haciendo hincapié en

la capacidad y motivación, para lograr un cambio conductual³⁰. El estudio presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, la constitución de los grupos a estudio no fue de forma aleatoria, sino que se optó porque fueran del mismo área sanitaria para que mantuvieran las mismas prestaciones y recursos en materia de promoción de la salud. No obstante, ambas poblaciones eran homogéneas en cuanto a variables sociodemográficas, lo que sugiere la reducción de esta limitación. Además, la participación en el estudio fue de carácter voluntario, lo que puede implicar que formaron parte de la investigación las más predispuestas a cambiar sus conductas, sin embargo, la participación sobre la población de referencia fue elevada, por lo que esta limitación pudo verse minimizada.

CONCLUSIONES

La intervención educativa "proyecto PRECAM", basada en el modelo Behaviour Change Wheel y, desarrollada a través de una web-app, ha resultado ser efectiva en mujeres sin diagnóstico previo de cáncer de mama, con edades comprendidas entre los 25-50 años para incrementar el nivel de conocimientos sobre alimentación, actividad física y la autoexploración mamaria, así como, la adherencia a realizar dicha técnica de forma mensual.

Referencias:

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2021 [Internet]. Madrid; 2021 [acceso 15 febrero 2021]. Disponible en: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_España_2021.pdf
2. International Agency for Research on Cancer. Spain 2020 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [acceso 15 febrero 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/724-spain-fact-sheets.pdf>
3. Akpınar YY, Baykan Z, Naçar M, Gün I, Çetinkaya F. Knowledge, attitude about breast cancer and practice of breast cancer screening among female health care professionals: a study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011; 12(11): 3063–8.
4. Alameer A, Mahfouz MS, Alamir Y, Ali N, Darraj A. Effect of Health Education on Female Teachers' Knowledge and Practices Regarding Early Breast Cancer Detection and Screening in the Jazan Area: a Quasi-Experimental Study. *J Cancer Educ*. 2019; 34(5): 865–70. doi: 10.1007/s13187-018-1386-9.
5. Saei Ghare Naz M, Simbar M, Rashidi Fakari F, Ghasemi V. Effects of model-based interventions on breast cancer screening behavior of women: a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018; 19(8): 2031–41. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.8.2031.
6. Haghghi F, Hoseini SM, Eshaghi S, Naseh G, Tavakoli MR. The effects of education on breast self-examination knowledge, attitude, and practice among the female employees of Birjand University. *Mod Care J*. 2015; 12(1): 47–53.
7. El-Hay SAA, Mohamed NS. Effect of educational program about breast cancer knowledge and breast self-examination training on building accurate information and behavior among women. *J Nat Sci Res*. 2015; 5(4): 58–70.

8. Aghamolaei T, Hasani L, Tavafian SS, Zare S. Improving breast self-examination: An educational intervention based on health belief model. *Iran J Cancer Prev.* 2011; 4(2): 82–7.
9. Yurdakos K, Gulhan YB, Unalan D, Ozturk A. Knowledge, attitudes and behaviour of women working in government hospitals regarding breast self examination. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(8): 4829–34. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.8.4829.
10. Esfahani MS, Taleghani F, Noroozi M, Tabatabaeian M. An educational intervention on based information, motivation and behavior skills model and predicting breast self-examination. *J Prev Med Hyg.* 2018; 59(4): E277–E281. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2018.59.4.796.
11. Nde FP, Assob JCN, Kwenti TE, Njunda AL, Tainenbe TR. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination among female undergraduate students in the University of Buea. *BMC Res Notes.* 2015; 8: 43. doi: 10.1186/s13104-015-1004-4.
12. Lee H, Ghebre R, Le C, Jang YJ, Sharratt M, Yee D. Mobile Phone Multilevel and Multimedia Messaging Intervention for Breast Cancer Screening: Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2017; 5(11): e154. doi: 10.2196/mhealth.7091.
13. Fanning J, Mullen SP, McAuley E. Increasing physical activity with mobile devices: a meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2012; 14(6): e161. doi: 10.2196/jmir.2171.
14. Bowen DJ, Robbins R, Bush N, Meischke H, Ludwig A, Wooldridge J. Effects of a web-based intervention on women's breast health behaviors. *Transl Behav Med.* 2017; 7(2): 309–19. doi: 10.1007/s13142-016-0439-z.
15. Abera H, Mengistu D, Bedaso A. Effectiveness of planned teaching intervention on knowledge and practice of breast self-examination among first year midwifery students. *PLoS One.* 2017; 12(9): e0184636. doi: 10.1371/journal.pone.0184636.
16. Dolado Martín C, Berlanga Fernández S, Massip-Salcedo M. Aplicaciones móviles de control de peso y dieta saludable, ¿todas valen? *RIDEC.* 2018; 11(1): 22–9.
17. Hong YA, Goldberg D, Ory MG, Towne SD Jr, Forjuoh SN, Kellstedt D, et al. Efficacy of a Mobile-Enabled Web App (iCanFit) in Promoting Physical Activity Among Older Cancer Survivors: A Pilot Study. *JMIR Cancer.* 2015; 1(1): e7. doi: 10.2196/cancer.4389.
18. Chung IY, Kang E, Yom CK, Kim D, Sun Y, Hwang Y, et al. Effect of short message service as a reminder on breast self-examination in breast cancer patients: a randomized controlled trial. *J Telemed Telecare.* 2015; 21(3): 144–50. doi: 10.1177/1357633X15571651.
19. Sriramatr S, Berry TR, Spence JC. An internet-based intervention for promoting and maintaining physical activity: a randomized controlled trial. *Am J Health Behav.* 2014; 38(3): 430–9. doi: 10.5993/ajhb.38.3.12.
20. Cancela-Ramos MA, Contreras-Hernández JM, Phinder-Puente M, Acevedo-Marrero A, Sanchez-Valdivieso E. Nivel de conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 59 años de edad. *Rev Med Investig.* 2016; 4(1): 10–4. doi: 10.1016/j.mei.2016.01.005
21. Castillo Nograro S. Potencialidad de uso de las aplicaciones móviles de salud en un grupo de población española. *RqR.* 2015; 3(3): 42–53.
22. Martín-Payo R, Papín-Cano C, Fernández-Raigada RI, Santos-Granda MI, Cuesta M, González-Méndez X. Motiva.DM2 project. A pilot behavioral intervention on diet and exercise for individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract.* 2021; 171: 108579. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108579.
23. Fernández-Álvarez MM, Martín-Payo R, García-García R, Cuesta M, Carrasco-Santos S. A nutrition education intervention in adolescents who play soccer: The ideha-f project. *Psicothema.*

- 2020; 32(3): 359–65. doi: 10.7334/psicothema2019.394.
24. White MC, Kavanaugh-Lynch MMHE, Davis-Patterson S, Buermeyer N. An expanded agenda for the primary prevention of breast cancer: Charting a course for the future. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(3): 714. doi: 10.3390/ijerph17030714.
25. Pérez Zumano SE, López Romero AL, Bénitez Chavira LÁ, Sandoval Alonso L. Conocimientos y comportamientos sobre factores de riesgo de cáncer de mama en un grupo de mujeres. *Enferm Univ*. 2011; 8(1): 26–32.
26. Yépez-Ramírez D, Rosa AG, Guerrero-Albarrán C, Gómez-Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. *Rev Enferm IMSS*. 2012; 20(2): 79–84.
27. Sama CB, Dzekem B, Kehbila J, Ekabe CJ, Vofo B, Abua NL, et al. Awareness of breast cancer and breast self-examination among female undergraduate students in a higher teachers training college in Cameroon. *Pan Afr Med J*. 2017; 28: 91. doi: 10.11604/pamj.2017.28.91.10986.
28. Akhtari-Zavare M, Juni MH, Said SM, Ismail IZ, Latiff LA, Ataollahi Eshkoo S. Result of randomized control trial to increase breast health awareness among young females in Malaysia. *BMC Public Health*. 2016; 16: 738. doi: 10.1186/s12889-016-3414-1.
29. McCarney R, Warner J, Iliffe S, Van Haselen R, Griffin M, Fisher P. The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Med Res Methodol*. 2007; 7:30. doi: 10.1186/1471-2288-7-30.
30. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Science*. 2011; 6: 42. doi:10.1186/1748-5908-6-42.



Anexo 1:

AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

A continuación, le mostramos los pasos que se deben seguir para hacer adecuadamente una autoexploración mamaria. Debe ordenarlos del 1 al 6 según crea conveniente.

1. Sentada o tumbada sobre una superficie plana, colocar la mano del mismo lado de la mama que vamos a explorar debajo de la cabeza.
 - Paso 1
 - Paso 2
 - Paso 3
 - Paso 4
 - Paso 5
 - Paso 6

2. Palpar la mama con movimientos circulares o ascendentes/descendentes.
 - Paso 1
 - Paso 2
 - Paso 3
 - Paso 4
 - Paso 5
 - Paso 6

3. Colocarse frente al espejo para inspeccionar ambas mamas: primero con las manos a lo largo del cuerpo, después en la cintura y posteriormente sobre la cabeza.
 - Paso 1
 - Paso 2
 - Paso 3
 - Paso 4
 - Paso 5
 - Paso 6

4. Palpar la axila con movimientos circulares o ascendentes/descendentes.
 - Paso 1
 - Paso 2
 - Paso 3
 - Paso 4
 - Paso 5
 - Paso 6

5. Presionar sobre el pezón para visualizar si se produjera la salida de líquido.
 - Paso 1
 - Paso 2
 - Paso 3
 - Paso 4
 - Paso 5
 - Paso 6

6. Realizar el mismo proceso en la otra mama.
 - Paso 1
 - Paso 2
 - Paso 3
 - Paso 4
 - Paso 5
 - Paso 6

7. ¿Cree por tanto que conoce cuál es el procedimiento para realizar de forma correcta una autoexploración mamaria?
 - Sí
 - No

8. En la actualidad, ¿realiza una vez al mes la autoexploración mamaria?
 - Sí
 - No

Original

Intervención educativa sobre las alteraciones de la imagen corporal y la autoestima en pacientes con cáncer mama ó ginecológico.

Educational intervention on changes in body image and self-esteem in patients with breast or gynecological cancer.

Antonio Zamudio Sánchez., Pilar Camarero Gómez., Adolfo Romero Arana, María Jesús Morcillo Gil, Miguel Ángel Sánchez Lozano, Estefanía Rodríguez Manjon.

Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica de los Hospitales Regional Universitario de Málaga y Clínico Virgen de la Victoria de Málaga

Resumen

El cáncer es un problema de salud pública de primera magnitud a nivel mundial, debido al incremento de la población, el envejecimiento y hábitos de vida, siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial. Se estiman unos 18 millones de diagnósticos de cáncer anualmente, lo que unido a un aumento de la supervivencia en estos pacientes, generan un nuevo campo de demanda asistencial por parte de los pacientes.

Los efectos secundarios provocados por las terapias antineoplásicas tienen un efecto directo en la salud y bienestar del paciente, con un impacto directo en la Imagen Corporal. La Imagen Corporal (IC) es un constructo formado por creencias y sentimientos

relacionados con la experiencia física, su valoración y satisfacción con el cuerpo. Es entendida como la representación mental del propio cuerpo y la actitud sobre la apariencia física, integridad, sexualidad y el estado de salud. Conocer y tratar los efectos de los tratamientos en la IC es uno de los más recientes y mayores retos de la Enfermería, por lo que se ha desarrollado en la UGCI de oncológica médica de Málaga, en el área de Hospital de día, un programa de intervención con dos tipos de sesiones educativas.

Se gestionó a través de la asociación Asamma (Asociación de mujeres operadas de Cáncer de Mama) con la participación de especialistas titulados en oncoestética del área piel y maquillaje terapéutico y área de peluquería estilista en oncología, elaborando sesiones

educativas coordinadas por la enfermera de prácticas avanzadas (EPA) desde la consulta de enfermería, y que fueron impartidas por los especialistas de dichas disciplinas. La evaluación de las variables de medición posterior a la intervención de las sesiones se realizó al mes de dichas sesiones.

Se obtuvo una muestra de 81 pacientes, donde se observaron alteraciones de la percepción de la imagen corporal en pacientes en tratamiento antineoplásico. Aunque la muestra del estudio fue insuficiente (81 captadas de las 129 previstas) los resultados preliminares han dado una nueva perspectiva a éste área y motivan a continuar realizando estudios relacionados con la IC y la autoestima de las pacientes oncológicas, siendo la terapia grupal utilizada una buena intervención para su mejoría.

Palabras clave: Cáncer, imagen corporal, autoestima, educación enfermera.

Abstract

Cancer is a health public problem of first magnitude, because the increasing of population, the aging and health habits, becoming the second death cause. 18 million of cancer diagnoses are estimated per year, attached to the increase of the survivorship, is creating a new field of healthcare demand.

Side effects from antineoplastic treatments have a global

impact in patients' health and wellness, with a crucial effect in Body Image (BI). BI is a construct formed by beliefs and feelings, which are related with value and body perception.

To know and treat the effects of antineoplastic treatment in BI is one of the most recent and biggest challenges for Nursing. That's the reason an intervention program for was developed in UGCI Oncología Médica in Málaga.

It was managed through Asamma (Asociación de mujeres operadas de Cáncer de Mama) with the participation of qualified specialists in oncoesthetics and oncology hairdressing, creating educative sessions, coordinated by the advanced practice nurse. The evaluation of the measurement variables after the intervention of the sessions was carried out one month after these sessions. A sample of 81 patients was obtained, where was observed alterations in the perception of the body image. However, the sample was not enough (81 obtained of 129 expected), the preliminary results has given a new perspective on this area and challenge us to continue working in more studies related with this field, being the group therapy used a good intervention for its improvement.

Keywords: Cancer, Body image, self-esteem, nurse education.

Introducción

El cáncer es un problema de salud pública de primera magnitud a nivel mundial, debido al incremento de la población, el envejecimiento y hábitos de vida. El cáncer es la segunda causa de muerte.(1)

La incidencia de cáncer ha aumentado un 19% en los últimos 10 años. Se estima que cada año se diagnostican 18 millones de casos en todo el mundo, y se llegará hasta los 29,5 millones en 2040, de pacientes diagnosticados/año y que un 41% de la población será diagnosticado de cáncer en algún momento de su vida. La probabilidad de padecer un cáncer a lo largo de toda la vida es mayor en hombres (45%) que en mujeres (38%); sin embargo, la probabilidad de padecer cáncer antes de los 60 años es ligeramente superior en las mujeres, debido a la edad relativamente temprana a la que se inicia el cáncer de mama. La tasa de mortalidad de pacientes con cáncer es de 9,6 millones de casos/año. (2,3)

El número de cánceres diagnosticados en España en el año 2020 se estima que alcanzará los 277.394 casos según los cálculos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), un número muy similar al del año 2019. El cáncer de mama se estima que alcanzara los 32.953 nuevos casos siendo el cáncer más frecuentemente diagnosticado en mujeres en España en 2020 junto con el de colon y recto. A

muchas distancia, los siguientes tumores más frecuentes serán los de pulmón, cuerpo uterino, vejiga urinaria. En 2019 se diagnosticaron 32.953 pacientes con cáncer de mama, mientras que su mortalidad en 2019 fue tan sólo de 6.621 pacientes, por lo que su prevalencia a los 5 años fue de 129.928 en 2018. Por supuesto, estas tendencias están sujetas a modificación debido a los avances terapéuticos, muy llamativos en los últimos años.(4)

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama comporta muchas y variadas reacciones emocionales, que pueden ser de shock, incredulidad, miedo, ansiedad, depresión, sensación de pérdida de control, disminución de la autoestima, cambios en la imagen corporal, etc.(5), que pueden oscilar y mantenerse a lo largo del tiempo, disminuyendo la calidad de vida de las personas afectadas.

En un estudio realizado por Bleiker et al. con 244 mujeres con cáncer de mama, se observó que entre el 20-30% de las pacientes presentaban angustia psicológica grave durante el primer año después de la cirugía, y a los dos años, una quinta parte de las mujeres presentaban todavía altos niveles de pensamientos intrusivos respecto a la enfermedad.(6)

La National Comprehensive Cancer Network(7) define el malestar emocional o distress

emocional como una experiencia emocional desagradable, multifactorial, de naturaleza psicológica, social y/o espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar de manera efectiva el cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. (7)

Todo tipo de cáncer implica para la persona un impacto psicológico importante. En particular, el cáncer de mama en la mujer trae consecuencias relacionadas con la importancia de esta parte del cuerpo de acuerdo con el significado social que se le atribuye. Un significado desde el punto de vista de la femineidad, la belleza corporal, la sexualidad, el simbolismo de la maternidad, etc. (8).

La quimioterapia, continúa siendo uno de los tratamientos de elección de todo tipo de cáncer. Sin embargo, se acompaña de un amplio abanico de efectos secundarios que producen malestar en los pacientes. Esto se debe a que la quimioterapia, además de que destruye las células cancerígenas, afecta a todos los tejidos del cuerpo produciendo toxicidades en tejidos sanos, sobre todo aquellos cuyas células se reproducen rápidamente. Las nuevas terapias, han añadido toxicidades a las ya existentes en los tratamientos antineoplásicos. Una de ellas es, la toxicidad cutánea, que habiendo sido en numerosas ocasiones infravalorada, hoy en

día, está cobrando más importancia, debido al aumento progresivo de su incidencia. Esta supone un nuevo reto para el profesional de enfermería, pudiendo lograr con el manejo sintomático adecuado un aumento de la calidad de vida del paciente con cáncer(9).

La alopecia se trata del efecto secundario más temido por todos los pacientes que comienzan su tratamiento con quimioterapia. Es producida por el daño que producen los fármacos antineoplásicos sobre el folículo piloso, lo destruye y provoca la caída de pelo. En ambos sexos, tiene una gran repercusión psicológica y social. Sin embargo, es en el caso de la mujer en el que tiene un peso mayor. Supone un cambio drástico de su imagen corporal, que le produce inseguridad y falta de autoestima. Lo reconocen como un "signo" de la enfermedad. Además, incluso después de terminar con el tratamiento quimioterápico, esa sensación no les desaparece hasta el crecimiento del pelo. El papel de enfermería en este caso es crucial, proporcionando al paciente toda la información necesaria, resolviendo sus dudas, ayudándole en la toma de decisiones y acompañándole durante todo el proceso.(10)

La imagen corporal (IC) es entendida como la representación mental del propio cuerpo y la actitud sobre la apariencia física, integridad,

sexualidad y el estado de salud. Esta dimensión suele alterarse en el tratamiento del cáncer de mama debido a los cambios temporales y permanentes, como: caída del cabello, cambios de peso, cicatrices, pérdida parcial o total de uno o los dos senos, entre otros. Paralelamente, tales cambios parecen estar asociados con alteraciones sexuales, afectivas y autoestima en el ciclo de los tratamientos.(11,12)

De acuerdo con lo anterior, la satisfacción con la IC parece diferir según el tipo de intervención quirúrgica recibida. Algunos estudios sostienen que la mastectomía es la opción terapéutica que genera mayor ansiedad y deterioro en la IC, y es predictor de vergüenza e insatisfacción con la apariencia física en los seis meses posteriores a la misma; mostrando mayor afectación en los componentes cognitivo, afectivo y conductual que la cirugía conservadora. Por otro lado, técnicas como la reconstrucción mamaria facilitan la restitución de la IC, el bienestar psicológico, la satisfacción estética y la Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA).(11)

La autoestima es otro aspecto del autoconcepto y se refiere a una actitud/sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de

satisfacción consigo mismo.(12)

El cáncer como un evento estresante, desde el diagnóstico hasta la recuperación, implica la utilización de recursos psicológicos para adaptarse. Una de las variables que mejor predice la calidad de vida y el ajuste psicológico de las pacientes con cáncer de mama son las estrategias de afrontamiento. Las EA se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés y las tensiones causadas por situaciones aversivas y se clasifican en: estrategias de resolución de problemas, dirigidas a modificar o alterar el problema que causa el malestar; y estrategias de regulación emocional, que modulan la respuesta emocional ante éste. Así, en la medida en que las EA que utilice un sujeto sean efectivas para solucionar el problema o reducir el malestar, podrán contribuir a una mejor adaptación del individuo a la situación adversa; de lo contrario, la impiden o la interfieren.(11)

El mantenimiento de las emociones positivas emplea en las pacientes sensaciones de compromiso, fortalecimiento personal, autonomía, sentido de vida y todos estos factores aportan al proceso de bienestar pese a la enfermedad que padecen estos pacientes, pese a que las realidades vivenciales son subjetivamente únicas las mujeres que son diagnosticadas

con cáncer se encuentran involucrados en procedimientos tales como quimioterapia o cirugías en algunos casos, y aunque existen diferentes variables que influyen en cómo se vive la enfermedad.(7)

Uno de los abordajes terapéuticos cuyos efectos beneficiosos han sido contrastados en los últimos años, también en nuestro país es la terapia de grupo. Este tipo de intervención facilita el cambio de actitudes, conductas y emociones, a través de la reflexión conjunta, el intercambio de experiencias, el autoconocimiento y el apoyo mutuo.(6)

Objetivo General

Establecer un programa educativo que mejore la imagen corporal y la autoestima de pacientes con cáncer de mama y/o ginecológico que están recibiendo tratamiento antineoplásico, en la Unidad de Gestión Clínica Inter-centros (UGCI) de Oncología Médica de Málaga.

Objetivos específicos

- Evaluar la alteración de la imagen corporal previa a la intervención de sesiones educativas.
- Evaluar la alteración de la imagen corporal posterior a la intervención de sesiones educativas.
- Evaluar la autoestima previa a la intervención de sesiones educativas.

- Evaluar la autoestima posterior a la intervención de sesiones educativas.
- Comparar la alteración de la imagen corporal a la intervención de las sesiones educativas y posterior a la Intervención de sesiones educativas.
- Comparar la alteración de la autoestima previa a la intervención de las sesiones educativas y posterior a la Intervención de sesiones educativas.

Se ha desarrollado en la UGCI de oncológica médica de Málaga, en el área de Hospital de día, un programa de intervención con dos tipos de sesiones educativas. Una dedicada al cuidado de la piel y maquillaje como uso terapéutico en pacientes oncológicas entendiéndose como la aplicación de productos cosméticos sobre lesiones cutáneas visibles con la intención de reparar y disimular estas imperfecciones y al mismo tiempo resaltar las cualidades estéticas del área anatómica tratada.

Y la otra intervención educativa sobre estilismo como rehabilitador atenuante de la alteración de la imagen corporal en la alopecia, mayormente dirigida a la mujer, incluyendo la preparación del cuero cabelludo, la elección de la peluca adecuada, cuidados y opciones de cambios de estilo de la misma, y del uso de

pañuelos y sombreros como estrategia.

Se gestionó a través de la asociación Asamma (Asociación de mujeres operadas de Cáncer de Mama) con la participación de especialistas titulados en oncoestética del área piel y maquillaje terapéutico y área de peluquería estilista en oncología, elaborando sesiones educativas coordinadas por la enfermera de prácticas avanzadas (EPA) desde la consulta de enfermería, y que fueron impartidas por los especialistas de dichas disciplinas.

La cumplimentación basal de las variables de medición se realizó el día de la inscripción y/o antes de sesión educativa, donde además las pacientes recibieron y firmaron la hoja de información y el consentimiento informado y la La cumplimentación de las variables de medición posterior a la intervención de las sesiones se realizó al mes de dichas sesiones.

Las variables de medición basales previa a la sesión educativa fueron las sociodemográficas, la encuesta sobre campo de interés en la imagen corporal y sugerencias, la escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de imagen corporal (BIS).

Las variables de medición post sesión fueron la Encuesta de satisfacción sobre metodología educativa empleada, Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Imagen corporal

(BIS) y estas dos últimas escalas también se pasaron al mes de la intervención.

El proyecto contó con la conformidad del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga (evaluado el 27/07/2017). Los participantes del estudio fueron informados de forma personal en el marco de la confidencialidad y decidieron libremente su asistencia a la actividad; facilitándoles fecha, hora y lugar de la actividad. La información ha sido almacenada en soporte informático y los datos registrados han sido tratados confidencialmente, de forma codificada, para los fines de investigación científica que se describieron anteriormente.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes de sexo femenino diagnosticadas de cáncer mama o cáncer ginecológico en tratamiento antineoplásico en la UGCI de Oncología Médica de Málaga.
- Pacientes que aceptan participar en el estudio, firman el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama o ginecológico que estén en fase de revisión.
- Pacientes diagnosticadas de otro tipo de cáncer.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 81 pacientes, con una media de edad de 67.85 años (+- 9.522). El 34.6% de las incluidas en el estudio poseen estudios universitarios, mientras que el 23.5% estudios básicos. Solo el 2.4% tenía estudios primarios o no tenía ningún tipo de estudios.

El 71.6% de las participantes vivían en área urbana, un criterio que puede tener una clara influencia en la accesibilidad a la participación del estudio.

Los estadios más comunes fueron el II y IIA (enmarcados en el mismo grupo II, con un 24.5% del total). El menos común fue el estadio IV.

Se obtuvo una puntuación media en la Escala Rosenberg de 24,55 en los test basales y de 24,9 en el post test. En la escala de imagen corporal elaborada por Hoopwood, la puntuación basal fue de 12,4 y la post test de 9,77.

Para la comparación pre-post se realizó un ANOVA de medidas repetidas. Los resultados obtenidos en el test de Rosenberg, para la medición de la autoestima, mostraron una mejoría en el período de estudio, aunque los datos no son estadísticamente significativos ($p > 0.05$) para alguno de los valores. No obstante, las gráficas obtenidas, como se detalla en las gráficas 1 y 2, referidas al sentimiento de ser un fracaso y el estar orgullosa, muestran la

mejora mencionada con anterioridad en la totalidad de los ítems, tras la intervención de sesiones educativas.

En relación con la escala Hoopwood, tampoco fueron halladas diferencias significativas, pero sí se mostraron mejoras tras la intervención de sesiones educativas como se observa en las gráficas 3, 4 y 5, referentes a la satisfacción consigo misma (desnudo y apariencia) y en cuanto a la pérdida de feminidad.

Discusión y Conclusiones

Si bien los resultados expuestos no presentan diferencias significativas, esto puede deberse, en primer lugar, a la falta de muestra. Solo se pudieron captar a 81 de las 129 pacientes que se plantearon en un inicio, lo que, en relación con estudios previamente realizados en la unidad (9) está relacionado con la dificultad de acceso de algunas pacientes, así como al menor cuidado que suelen prestarse las mujeres. Son mujeres que tiene mayor dificultad para percibir y recibir el apoyo social. Las mujeres con menores niveles de apoyo social presentan mayores dificultades en las prácticas de autocuidado, pues continúan abandonándose en nombre de la familia y no se permiten ser cuidadas.(13) Por otra parte, la pérdida de seguimiento también ha sido un factor a tener en cuenta. Se mostraba un interés inicial en

las sesiones que no se veía reflejado a la hora de acudir a las mismas, impidiendo que la muestra fuera mayor.

No obstante, la mejora en la percepción de la autoestima (escala Rosenberg) nos hace ser optimistas con el valor de las sesiones. Mejoría de la autoestima que hacen también referencia en su estudio, Narvaez et al. (14). Otro de los problemas hallados es la limitación de sesiones, así como el tiempo entre las mismas. Sería de interés establecer un mayor período temporal entre evaluaciones para poder realizar un mayor y mejor seguimiento de las pacientes y evaluar de dicha manera su mejora respecto a autoestima o imagen corporal.

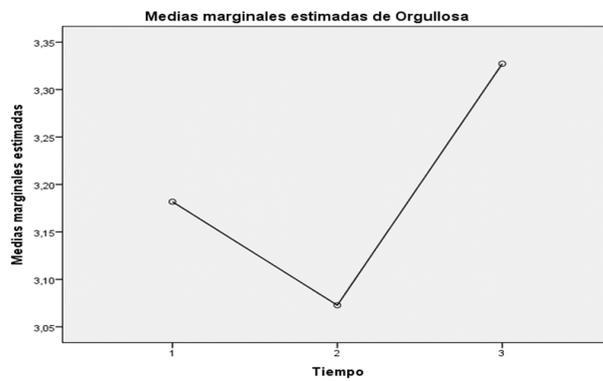
También la heterogeneidad entre las pacientes fue un valor añadido, con pacientes que habían sido intervenidas y que contaban con cicatriz en la mama y otras que aún no, por lo que su percepción corporal no se veía tan alterada. En este sentido, el aumento de intervenciones justifica ese aumento que se observa de forma gráfica en la percepción corporal y a la hora de verse desnudas.

Otro de los resultados más valorable y sobre los que poner el punto de mira es la percepción de la sexualidad de las pacientes estudiadas. En nuestro estudio se ha observado una peor percepción relacionada con el atractivo sexual (gráfica 6), con un

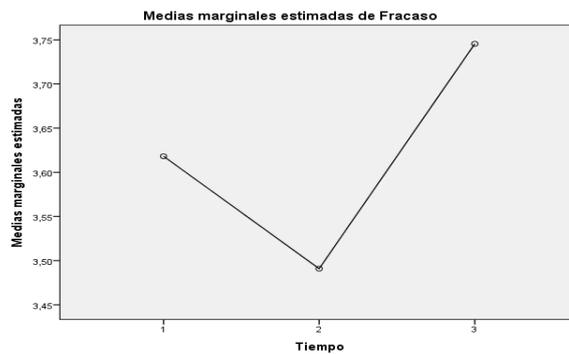
notable cambio en el paso de los meses respecto a la captación de las pacientes, algo históricamente evaluado y que nos abre puertas a estudios a realizar en el mismo campo de la oncología, con el fin de mejorar su percepción y su calidad de vida sexual. Den Ouden et al. (15) concluyeron que la sexualidad es uno de los problemas a evaluar en todas las consultas y etapas del proceso oncológico, siguiendo pautas ya establecidas en nuestro país, con la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada, y con guías prácticas de recomendaciones, como la elaborada por Hungr, Sánchez-Varela y Bober (16).

Es importante que los profesionales de la salud identifiquen el impacto que supone para un individuo la percepción de su propia imagen corporal ya que ello puede contribuir a mejorar la atención que reciben.

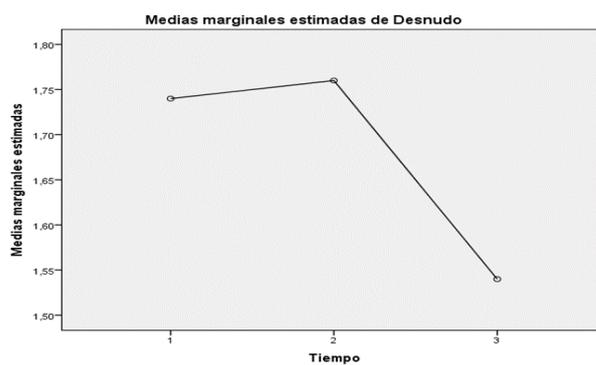
El manejo y conocimiento de los efectos secundarios que provocan los tratamientos para combatir el cáncer de mama son un reto para los profesionales de la oncología dada la importancia que tiene el manejo sintomático para aumentar la calidad de vida de nuestras pacientes y el efecto que estos tienen sobre la esfera psicológica. La terapia grupal puede ser una buena intervención para la mejoría de la autoestima.



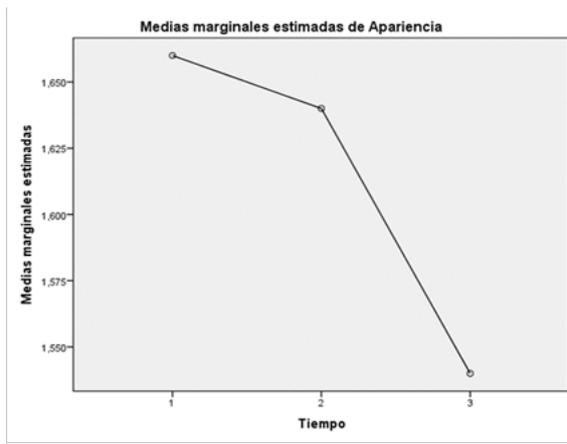
Gráfica 1.



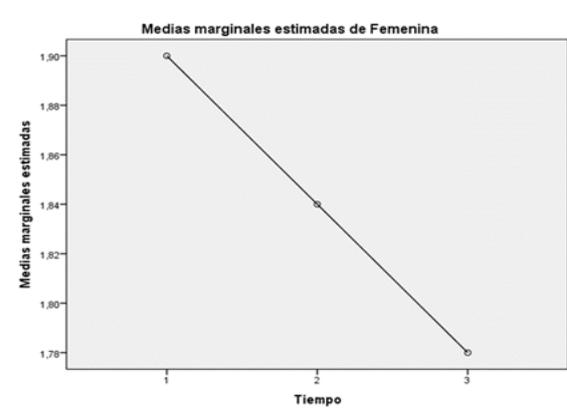
Gráfica 2.



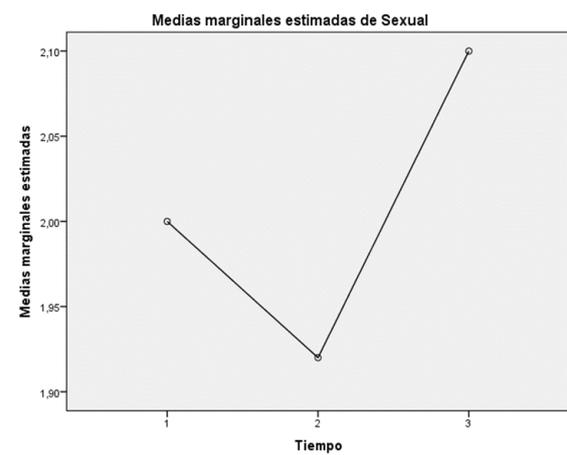
Gráfica 3.



Gráfica 4



Gráfica 5.



Gráfica 6.

Referencias

1. Santaballa A, Pinto, Balanyà RP, Ramírez Merino N, Martín IR, Grau SS, et al. SEOM clinical guideline for secondary prevention (2019). Clin Transl Oncol [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2020 Jul 4];22(2):187–92. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12094-020-02302-0>
2. REDECAN - Red Española de Registros de Cáncer [Internet]. [cited 2020 Jul 4]. Available from: <https://redecn.es/redecn.org/es/index.html>
3. Russo MM, Sundaramurthi T. An Overview of Cancer Pain: Epidemiology and Pathophysiology. Vol. 35, Seminars in Oncology Nursing. W.B. Saunders; 2019. p. 223–8.
4. (No Title) [Internet]. [cited 2020 Oct 24]. Available from: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
5. Die Trill M, Die Goyanes A. El cáncer de mama. . Psico-Oncología. Madrid: ADES, 2003; p. 165-84.
6. Rodríguez E, Font A. EFICACIA DE LA TERAPIA DE GRUPO EN CÁNCER DE MAMA: EVO-LUCIÓN DE LAS EMOCIONES DESADAPTATIVAS. seom.org [Internet]. 2013 Jan 23 [cited 2020 Oct 24];10(2–3):275–87. Available from: <http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PSICOONCOLOGIA275288.pdf>
7. Vista de Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psico-oncológica basada en el counselling y la psicología positiva [Internet]. [cited 2020 Oct 25]. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54433/49736>
8. Gargantini A, Casari L. Imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con mastectomía: comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida. 2019 [cited 2020 Oct 24]; Available from: <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63647>
9. Camarero Gómez, P., Cano García, L., Zamudio Sánchez, A., Romero Ruiz, A., Fernández Plaza, P. Efectividad de una intervención enfermera educativa y seguimiento para la mejora de la fatiga en pacientes de cáncer de mama en revisión [Internet]. [cited 2020 Oct 25]. Available from: https://seoo.org/wp-content/uploads/2019/07/Revista-SEEO_Mayo2019.pdf
10. Sebastián J, Manos D, Bueno J, Mateos N. Bodyimage and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program ARTÍCULOS * Esta investigación ha sido financiada por la DGIC y T (proyecto BSO 2000-0045). 2007;18(2).
11. Varela F, Rocío M del, ... MVS-U, 2017 undefined. Body Image of Women with Breast Cancer: A Systematic Review. scielo.org.co [Internet]. [cited 2020 Oct 24]; Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672017000400076&script=sci_arttext&lng=en
12. Núñez C, Navarro A, Cortés S, ... JL-T, 2018 undefined. Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características médico quirúrgicas en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. scielo.conicyt.cl [Internet]. [cited 2020 Oct 24]; Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082018000200059&script=sci_arttext&lng=en
13. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido [Internet]. [cited 2020 Oct 25]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472015000200008&script=sci_arttext&lng=en
14. Narváez A., Rubiños C., Cortés-Funes F., Gómez R., García A. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama. Psicooncología. Vol. 5 núm. 1,

- 2008, 93-102.
15. Den Ouden, M., Pelgrum-Keurhorst, M., Uitdehaag M., De Vocht, H., Intimacy and sexuality in womenwithbreastcancer: professionalguidanceneeded. 2019 May;26(3):326-332. doi: 10.1007/s12282-018-0927-8. Epub 2018 Oct 25.
16. Hungr C., Sánchez-Varela V., Bober, S. Self-Image and Sexuality Issues among Young WomenwithBreastCancer: PracticalRecommendations. RevInvest Clin. Mar-Apr 2017;69(2):114-22. doi: 10.24875/ric.17002200.



Original

**Aplicación de Cloruro de Etilo en la canalización
de vías venosas periféricas a pacientes oncológicos.**

Application of Ethyl Chloride in the canalization
of peripheral venous lines to cancer patients.

David Ribada Fraga¹

Francisco Miguel Estévez Hermida¹

María del Mar Ferreiro Martínez¹

¹Hospitalización Oncología Médica. Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo)

Objetivo: Principal: Evaluar el efecto anestésico del Cloruro de Etilo en la canalización de vías venosas periféricas en el paciente oncológico. Secundarios: Examinar si las variables Sexo y Edad se correlacionan con el dolor expresado por el paciente. Identificar si la aplicación del Cloruro de Etilo dificulta la técnica de canalización venosa. Describir las reacciones adversas asociadas a la aplicación del producto. Estimar la tasa de éxito de canalizar una VVP aplicando CE. Determinar el disconfort del CE.

Método: Estudio experimental y prospectivo en una planta de hospitalización de Oncología

Médica en el que se compara la puntuación de dolor en escala EVA (1- 10) durante la canalización de una vía periférica 22G en pacientes tratados con aerosol vs dolor de canalización sin tratamiento.

Resultados: La puntuación media de Disconfort al aerosol medida con escala EVA fue de 1.97 pts. (DE 2.09). El 50% de los pacientes refirió un valor EVA de 1 o inferior. La puntuación media de Dolor en la venopunción de un catéter 22G medido con escala EVA fue de

2.63 pts. (DE 2.32). El 56.2% de los participantes refirió un dolor EVA de 2 o inferior. 9 pacientes, el 28,1%, refirieron no padecer ningún dolor. En 6 venopunciones (18,7%) la enfermera percibió una mejoría en la localización de la vena tras aplicar el aerosol. En ningún caso se describió un aumento en la dificultad de la venopunción. Sexo y edad no mostraron relación con el dolor. Más disconfort al aplicar no implica mayor grado de anestesia. La tasa de éxito fue de 81.25%. Se describió 1 caso de eritema local tras la aplicación del aerosol, que cedió espontáneamente a los pocos minutos.

Conclusiones: El Cloruro de Etilo muestra un efecto anestésico significativo en la canalización de VVP. No se relacionaron efectos secundarios de interés. La aplicación de un aerosol frío parece facilitar la técnica en algunos casos.

Palabras clave: Catéteres, Cloruro de Etilo, Dolor, Anestesia.

Objective: Main: Evaluate the anesthetic effect of Ethyl Chloride on venepuncture in a cancer patient. Secondary: Examine the relation between Sex- Age, and pain of the patient. Estimate if Ethyl Chloride influences the achievement of successful

cannulation. Describe adverse reactions of application Ethyl Chloride. Determine the discomfort produced by the spray. **Method:** Experimental and prospective study at a Medical Oncology Hospitalization Plant comparing the EVA scale pain score (1-10) 22G peripheral cannulation in patients treated with spray vs. pain in cannulation without nontreatment.

Results: Discomfort's average score for EVA-scaled spray was 1.97 pts. (SD 2.09). 50% of patients reported an EVA value of 1 or lower. The average venepuncture pain score for a 22G catheter measured with an EVA scale was 2.63 points. (SD 2.32). 56.2% of participants reported EVA pain of 2 or less. 9 patients, 28.1%, reported no pain. In 6 venepunctures (18.7%) the nurse noticed an improvement in the location of the vein after applying the spray. In any case was described an increase in the difficulty of cannulation. Sex and age are not related with pain value. More discomfort with the application of Ethyl Chloride doesn't increase the anesthetic effect. Success rate in cannulation: 81.25%. One case of local erythema was described after spray application, which was spontaneously finished in a few minutes. **Conclusions:** Ethyl Chloride shows a

significant anesthetic effect on the peripheral catheter cannulation. No side effects of interest were related. Applying a cold spray seems to facilitate the technique in some cases.

Keywords: Catheters, Ethyl Chloride, Pain, Anesthesia

Introducción

La canalización de vías venosas periféricas (en adelante VVP) es una técnica habitual en el medio hospitalario. Según el estudio EPINE-EPPS 2018, el 73,4% de los pacientes hospitalizados portaba un catéter vascular periférico. (1)

El paciente oncológico es receptor de tratamientos endovenosos prolongados en el tiempo, destacando la administración continuada de fármacos irritantes y/o vesicantes que afectan de forma agresiva al estado de la red venosa periférica.

Por ello, entidades como la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Fundación ECO realizan un estudio para conjugar las recomendaciones en seguridad y buena práctica en la canalización de VVP, donde se tratan temas como la elección de calibre de catéter según tratamiento y/o duración, y la opción de otros accesos como

los catéteres centrales de inserción periférica (PICCs). (2)

Aun asumiendo todas las recomendaciones y guías disponibles, es una constante que la canalización de una VVP en paciente oncológico incrementa sustancialmente en dificultad y técnica, siendo fuente de ansiedad, miedo y dolor para el paciente, y aumentando tiempo y costes para los profesionales.

La sabiduría popular nos dice que la aplicación del frío de forma tópica produce un efecto de insensibilidad a estímulos durante un espacio corto de tiempo. Richman et al. se basa en esta idea para estudiar el hielo como anestésico en la canalización de VVPs, con un resultado de no encontrar una diferencia significativa entre la aplicación o no del hielo, y observando una mejor aceptación en mujeres. (3)

El cloruro de etilo (en adelante CE) es un anestésico tópico empleado para la realización de técnicas invasivas rápidas, en cirugía menor y medicina deportiva. Su mecanismo de acción se basa en la reducción brusca e inmediata de la temperatura de los tejidos en los que se aplica, produciendo un efecto anestésico inmediato por frío. (4)

A pesar de la indicación en la canalización de VVP por la ficha técnica del Cloruro de Etilo y sus aparentes ventajas, la literatura actual acerca de su aplicación es escasa y muestra resultados contradictorios.

Numerosos autores demuestran una comparativa entre el uso del CE vs el placebo o bien frente a otros anestésicos en el que la aplicación de frío presenta efectos anestésicos relevantes. (5-9). Sin embargo, otros autores encuentran que no existen diferencias significativas entre la aplicación o no del CE. (10,11)

Mary-Ellen et al. realiza una amplia revisión sistemática dónde no encuentra una reducción estadísticamente demostrable en niños pero sí en adultos, cuando se enfrenta la aplicación del CE vs no tratamiento. Esta diferencia deja de encontrarse cuando se compara con un producto placebo. (12)

Existen otros productos utilizados para tal fin en el mercado: Lidocaína SC, Mepivacaína SC, EMLA®. Estudios comparativos entre todos ellos y la no aplicación muestran las ventajas del CE: no es inyectable (y por tanto no distorsiona la piel) a diferencia de la lidocaína o mepivacaína, no provoca vasoconstricción, no dificulta la canalización, pocas

reacciones y posee un inicio de acción estimado en 15- 20s frente a los 60- 90 min del EMLA®. (5,6,7,9)

Dado que existen múltiples estudios con diversas metodologías en los que en algunos se encuentra, y en otros no, una diferencia significativa entre el uso o no del frío como anestésico eficaz, su eficacia no queda realmente clara.

Ante la situación de estrés y aversión que suelen presentar los pacientes de nuestra unidad de Oncología Médica a la canalización de VVP, nos hemos visto motivados a plantear un estudio piloto en los meses de Marzo-Abril de 2020 donde estudiamos la percepción del dolor tras la aplicación del Cloruro de Etilo.

Método.

Diseño.

Estudio experimental y prospectivo realizado en los meses de Marzo-Abril de 2020 en la Planta de Hospitalización de Oncología Médica del Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo, Galicia). El diseño del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Galicia
Código de registro: 2019/658. (Ver Anexo II)

En el estudio fue planteado aplicar el producto a todos los

pacientes que aceptaran dicha prueba.

Dado el breve periodo de tiempo en el que se planteó y la inminente llegada del Covid-19 no se realizó aleatorización, apoyado también en el alto riesgo de sesgo (miedo al dolor, aprensividad, colaboración...).

Para determinar el valor de dolor de una canalización de VVP sin aplicación de anestésico ni placebo se realizó una revisión sistemática acerca de los estudios que valoraron el dolor, medido en Escala EVA, para posteriormente realizar una media aritmética de todos los valores encontrados y hallar un valor de dolor estándar.

Con una potencia de estudio estimada del 85%, un margen de error del 12%, una seguridad de 95% (Alfa= 0,05); el número de pacientes necesarios es de 32 sujetos.

Objetivos

Objetivo Principal:

- Determinar si el Cloruro de Etilo reduce significativamente el dolor en la canalización de VVP.

Objetivos secundarios:

- Examinar si las variables Sexo y Edad se

correlacionan con el dolor expresado por el paciente.

- Identificar si la aplicación del Cloruro de Etilo dificulta la técnica de canalización venosa.
- Describir las reacciones adversas asociadas a la aplicación del producto.
- Estimar la tasa de éxito de canalizar una VVP aplicando CE.
- Determinar el disconfort que produce la aplicación del CE.

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: Ser un paciente mayor de 18 años con necesidad de VVP, y con una elección de catéter 22G. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: Presentar dolor agudo en el momento de la canalización, estar con sedación activa, ser alérgico a algún componente del aerosol, no dar o ser incapaz de proporcionar el consentimiento informado, no estar a cargo del servicio de Oncología Médica y presentar neuropatía periférica o hipersensibilidad al frío.

El tamaño de la muestra consistió en todos aquellos pacientes que cumplieron los

criterios mencionados durante la duración del estudio.

Mediciones e intervención

Respuesta a los ítems del formulario (Anexo I) tras la canalización. Para valoración del discomfort al aerosol y del dolor a la canalización se utilizó una escala visual analógica numerada del 1 al 10. Se recogieron variables epidemiológicas (Edad y Sexo), Dolor a la canalización en escala EVA, Discomfort del aerosol EVA, dificultad para localizar la vena previa y posterior al aerosol, la consecución de la canalización venosa y la apreciación de efectos adversos.

La variación entre grado de dificultad para localizar la vena pre y post aplicación del aerosol es una valoración subjetiva que puede generar controversia entre lo que cada profesional consideraría "difícil" o "fácil", pero en la variable que estudiamos no influye esta subjetividad ya que queremos estudiar si el profesional que canaliza experimenta mejoría o aumento de dificultad en la misma técnica.

En el momento anterior a la punción se aplica el aerosol siguiendo las instrucciones de uso del laboratorio.

Finalizada la técnica se proporcionará al paciente una escala EVA numerada del 1 al 10 y la enfermera responsable de la técnica cubre el cuestionario.

Identificación del producto.

El producto utilizado fue Cloretilo Chemirosa, de LABORATORIOS ERN, S.A. Aportado por la Farmacia hospitalaria.

Metodología estadística.

Volcado de los datos manualmente desde los cuestionarios a hoja excel (14). Análisis estadístico con Programa PSPP (15). El análisis de los datos se realizará mediante análisis de media y desviación estándar para las variables cuantitativas, y frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas.

Se aplicó la Correlación de Pearson para estudiar la relación entre discomfort del aerosol y el dolor en la venopunción.

Correlación de Pearson para la dificultad de localización de la vena pre/post CE.

Correlación de Spearman para estudiar si la sensación de dolor variaba según la edad.

Aceptamos un valor de significación estadística $p < 0.05$.

Tras una búsqueda sistemática acerca del dolor en venopunciones expresado por adultos, los estudios infieren valores EVA de dolor entre 2.8 y 7 pts (5-10,13). Aplicando un análisis descriptivo de todas las medias de dolor de los estudios encontrados hallamos un valor de dolor promedio de 4.0 (\pm 1.2).

Tras una revisión sistemática en la literatura disponible, la reducción del dolor que se acepta como significativa varía entre un descenso de entre 9 y 15 mm en la escala EVA (medido en valores entre 0-100mm) (16-20).

Realizando una media de los valores reflejados en los estudios citados, aceptaremos como efecto anestésico significativo una diferencia de 12mm (O 1.2 pts que es la manera en la que nosotros lo medimos).

Así pues, resultará un efecto anestésico aceptable si la puntuación media de dolor en la escala EVA resulta de 2.8 o inferior.

Resultados

La muestra del estudio piloto consistió en un total de 32 sujetos: 16 mujeres y 16 hombres, con una edad media de 65 años (DE 10). (Tabla 1)

La puntuación media de Disconfort al aerosol medida con escala EVA fue de 1.97 pts. (DE 2.09). El 50% de los pacientes refirió un valor EVA de 1 o inferior.

La puntuación media de Dolor en la venopunción de un catéter 22G medido con escala EVA fue de 2.63 pts. (DE 2.32). El 50% de los pacientes refirió un valor EVA de 1 o inferior. El 56.2% de los participantes refirió un dolor EVA de 2 o inferior. Además, 9 pacientes (28,1%) refirieron no padecer ningún dolor. (Tabla 2)

En el 50% de los casos, la enfermera valora una dificultad media para localizar la vena a puncionar, seguido por un 34.38% de dificultad baja. Tras la aplicación del aerosol, la valoración fue de 50% de dificultad baja y 43.75% media.

Se consiguió una tasa de éxito a la canalización de 81.25%.

En el 18,7% de las venopunciones la enfermera que realizó la técnica percibió una mejoría en la localización de la vena tras aplicar el aerosol. En ningún caso se describió un aumento en la dificultad.

Se describió 1 caso de eritema local tras la aplicación del aerosol, que cedió espontáneamente a los pocos minutos.

En el análisis de los datos se determina que no existe significatividad estadística en la relación entre el sexo ni la edad con el dolor percibido por el paciente. (Tablas 3 y 4)

De otra manera, hallamos una diferencia estadística entre la dificultad percibida pre y post aplicación del Cloruro de Etilo, que demuestra una correlación positiva para $p < 0.001$. (Tabla 5)

Se realiza un índice de Correlación de Pearson entre el disconfort al aerosol y la anestesia percibida, con un valor $p > 0.05$ y un índice Rho de 0.30. (Tabla 6)

Discusión

Con una puntuación media de dolor de 2.63 aplicando el aerosol, sobre un valor basal de 4.0 pts en canalización de VVP sin tratamiento, encontramos una disminución significativa de la sensación de dolor tras la aplicación del spray dado que se disminuyó por debajo de los 2.8 pts anteriormente mencionados. Un 28.13% de los pacientes experimentó una anestesia total para la punción, mostrando valores 0 en la escala EVA del dolor.

Esta información se apoya en otros estudios que igualmente observan un efecto eficaz en la

anestesia durante la venopunción. (5-9).

Ramzei et al. detalla encontrar que el 30% de su muestra refiere valores EVA < 3 pts en escala EVA. (9) En nuestro estudio el 56.2% valora un dolor por debajo de los 2 pts.

Otros estudios disponibles en la bibliografía actual, como el de Mary- Ellen et al., Hartstein et al. y Biro et al. no encuentran diferencias significativas en la utilización del spray. (10-12)

No se encontraron diferencias según la edad para la percepción del dolor de la canalización de VVP, como así lo constatan los estudios que estudian este tema de la bibliografía estudiada. (5,9)

En lo que al sexo del paciente se refiere, tampoco existen diferencias significativas, como otros estudios también indican. (9,10)

La tasa de éxito de canalización de VVP (81.25%) a pacientes oncológicos la consideramos como aceptable.

Se percibe una mejoría de la localización de las venas. No hemos encontrado otros estudios que perciban este resultado, aunque sí demuestran que no aumenta la dificultad de la técnica. (5,6,9,11).

En lo que respecta al Discomfort a la aplicación del CE con una puntuación media de 1.97 pts. (DE 2.09), no parece hacer desmerecer la anestesia conseguida por el CE. A esta conclusión también llegan dos de los estudios referenciados (6,7), no encontrando ninguno que lo considere de relevancia a la hora de influir en la utilización o no del CE y calificando el malestar como leve.

El índice de Correlación no muestra una asociación significativa entre el disconfort del aerosol y la anestesia generada, con un nivel de correlación baja. Inferimos así que una aplicación más agresiva del aerosol no asegurará una anestesia mayor en el paciente.

También se describió un caso de aparición de eritema local tras la aplicación del spray, que se relaciona con un efecto ya conocido del producto y se resolvió sin incidencias. Se encontró esta reacción en el estudio de Armstrong et al. (5) y Lopez Grosso et al. (6)

Conclusión.

Hay que considerar que el dolor es una sensación subjetiva y difícilmente medible. En nuestra planta trabajamos principalmente con el paciente oncológico en estadio avanzado, por lo que las sensaciones del dolor varían entre pacientes

enormemente, dependiendo de su enfermedad de base, experiencias previas, tratamientos largos y continuados frente al dolor, así como desarrollo de tolerancias a fármacos y situaciones de alodinia e hiperalgesia.

Sin embargo, hemos intentado protocolizar y hacer un estudio lo más uniforme y homogéneo posible a pesar de la llegada inminente del Covid en el momento de realización de la parte clínica.

Así pues, encontramos en el Cloruro de Etilo una opción eficaz y a tener en cuenta en la canalización de vías periféricas. En un porcentaje considerable conseguimos mitigar, e incluso desaparecer, el dolor durante la técnica. El disconfort asociado a la aplicación del aerosol no parece desmerecer la aplicación del mismo. La edad y el sexo no influyen en la percepción del dolor. El frío parece ayudar a fijar la vena y facilitar la técnica. No se encontraron efectos secundarios de interés.

Referencias:

1. Grupo de trabajo EPINE. Encuesta de Prevalencia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos en España 2018 [Internet] Madrid: SEMPSPH, 2019 [Consultado 24 Nov 2019] Disponible en: <https://epine.es/api/documento->

- publico/EPINE%20Informe%20Vigilancia%20Espa%C3%B1a%202018.pdf/reports-esp
2. LABORATORIOS ERN, S.A. Cloretilo Chemirosa [Internet]. [Consultado el 24 Nov 2019] Disponible en: https://www.vademecum.es/medicamento-cloretilo+chemirosa_ficha_45361
 3. P. Armstrong et al. Ethyl chloride and venepuncture pain: a comparison with intradermal lidocaine. *Can J Anaesth* [Internet] 1990 [Consultado 30 Nov 2019] Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF03006485.pdf>
 4. Lopez Grosso et al. ¿Es útil el uso de anestésicos locales tipo aerosol para la prevención del dolor en punciones venosas periféricas?. *Evidentia* [Internet] 2010 [Consultado 23 Nov 2019]; 7 (30) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4673440>
 5. Michael D Witting et al. Advanced intravenous access: technique choices, pain scores, and failure rates in a local registry. *Am J Emerg Med.* [Internet] 2016 [Consultado el 3 Dic 2019]; 34 (3) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26830389>
 6. Dirk Rüsche et al. Pain During Venous Cannulation. *Dtsch Arztebl Int* [Internet] 2017 [Consultado el 3 Dic 2019]; 114(37) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28974291>
 7. Parnandi Bhaskar Rao et al. Effectiveness of Different Techniques of Ethyl Chloride Spray for Venepuncture-Induced Pain: A Randomised Controlled Trial. *Anesth Essays Res* [Internet] 2019 [Consultado el 4 Dic 2019]; 13(3) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31602079>
 8. Ramzi Hijazi et al. Effect of topical alkane vapocoolant spray on pain with intravenous cannulation in patients in emergency departments: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ* [Internet] 2009 [Consultado el 4 Dic 2019]; 338 Disponible en: <https://www.bmj.com/content/338/bmj.b215.short>
 9. B H Hartstein et al. Mitigation of pain during intravenous catheter placement using a topical skin coolant in the emergency department. *BMJ* [Internet] 2008 [Consultado el 4 Dic 2019] Disponible en: <https://emj.bmj.com/content/25/5/257.abstr>
 10. Peter B Richman et al. The effectiveness of ice as a topical anesthetic for the insertion of intravenous catheters. *Ajem Journal.* [Internet] 1999 [consultado el 4 Dic 2019]; 17(3) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675799901195>
 11. Candace McNaughton et al. A Randomized, Crossover Comparison of Injected Buffered Lidocaine, Lidocaine Cream, and No Analgesia for Peripheral Intravenous Cannula Insertion. *Am. J. Emerg. Med.* [Internet] 2009 [Consultado el 4 Dic 2019]; 54(2) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064408021823>
 12. P. Biro et al. Comparison of topical anaesthesia methods for venous cannulation in adults. *Eur. J. Pain.* [Internet] 1997 [Consultado el 5 Dic 2019] 1(1) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1090380197900513>
 13. Kelly am. Does the clinically significant difference in visual analog scale pain scores vary with gender, age, or cause of pain? *Acad Emerg Med* [Internet] 1998 [Consultado 29 Nov 2019]; 5 (11) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9835471>
 14. A-M Kelly et al. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. *BMJ* [Internet] 2001 [Consultado el 5 Dic 2019] Disponible en: <https://emj.bmj.com/content/18/3/205.short>
 15. Dawn B.Kendrick et al. The minimum clinically significant difference in patient-assigned numeric scores for pain. *Am. J. Emerg. Med.* [Internet] 2005 [Consultado el 4 Dic 2019]; 23(7) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675705002433>

16. E. John Gallagher et al. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Ann Emerg Med.* [Internet] 2001 [Consultado el 29 Dic 2019]; 38(6) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019606440104166X>
17. Knox H Todd et al. Clinical Significance of Reported Changes in Pain Severity. *Ann Emerg Med.* [Internet] 2001 [Consultado el 29 Dic 2019]; 27(4) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019606449670238X>
18. Polly E. Bijur et al. Identifying the Minimum Clinically Significant Difference in Acute Pain in the Elderly. *Ann Emerg Med.* [Internet] 2001 [Consultado el 29 Dic 2019]; 56(5) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064410001204>
19. Kelly Am. Does the clinically significant difference in visual analog scale pain scores vary with gender, age, or cause of pain? *Emerg Med J* [Internet] 2001 [Consultado el 23 Nov 2019]; 18(3) Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/9835471>
20. Mary-Ellen Hogan et al. A Systematic Review of Vapocoolants for Reducing Pain from Venipuncture and Venous Cannulation in Children and Adults. *J. Emerg. Med* [Internet] 2014 [Consultado el 27 Nov 2019]; 47(6) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736467914007227>



Original

**Conocimientos en cuidados paliativos entre las enfermeras
de un hospital de segundo nivel en España**

Knowledge of palliative care among nurses
in a WHO second level hospital in Spain

Raquel Jiménez Cortés¹

Antonio Ramos Sánchez¹

¹ EUEF San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas

Correspondencia: raquel@skinpet.com

RESUMEN

Introducción:

En la actualidad, el envejecimiento de la población, el aumento de la morbilidad y la dependencia, hacen que el cuidado de personas con una enfermedad oncológica o crónica en fase avanzada adquiera cada vez mayor relevancia dentro de nuestro sistema de salud. Los cuidados paliativos ofrecen un cuidado activo e integral de aquellos pacientes cuya patología no responde a la terapéutica curativa. La enfermería es un pilar básico en la prestación de cuidados a estas personas y sus familias, pero para poder proporcionar una atención de calidad, es necesario un nivel de formación básico adecuado que

incorpore un marco teórico y práctico actualizado, que incluya a profesionales de diferentes ámbitos sanitarios.

Objetivo:

Determinar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos que tienen los profesionales de enfermería que trabajan en las diferentes unidades del Hospital Universitario de Móstoles, mediante un cuestionario validado (PALLIATIVE CARE QUIZ NURSES PCQN) en versión española.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Universitario de Móstoles con una muestra de 78

enfermeros/as sobre un total de 325 (nivel de confianza del 95%), que desarrollan su labor en diferentes áreas. El estudio fue realizado durante el año 2020. Se utilizó como herramienta para medir el conocimiento en cuidados paliativos, la versión española del cuestionario PALLIATIVE CARE QUIZ NURSES (PCQN), además se recogieron datos demográficos y relativos a la formación académica y experiencia profesional. La recopilación de datos se realizó a través de la plataforma Google Forms y posteriormente fueron exportados al programa estadístico SPSS 26 para su análisis descriptivo.

Resultados:

Se recogieron 78 cuestionarios de una muestra total de 325 profesionales de enfermería que trabajan en unidades médicas, quirúrgicas y de cuidados críticos; la mayoría (78,2%) eran mujeres y la media de edad fue de 39 años. La experiencia profesional superaba los 10 años en un 68% de los casos. La puntuación media obtenida en el cuestionario fue de 11,35 puntos sobre un total de 20, lo que significa, un nivel insuficiente de conocimientos en cuidados paliativos. Las diferencias en cuanto a la experiencia total o específica en esta área y la formación recibida no fueron estadísticamente

significativas con respecto a la puntuación global.

Conclusión:

La formación es una herramienta fundamental para poder proporcionar una atención individualizada, integral y acorde a las necesidades de pacientes y familiares, que se encuentran en situación de enfermedad avanzada o final de vida. Esta formación debería ser continuada y actualizada, teniendo en cuenta las peculiaridades del trabajo que desempeñan los profesionales de enfermería en los hospitales de agudos.

Palabras Clave: formación (knowledge), cuidados paliativos (palliative care), enfermería (nurses), cuidados al final de la vida (end-of-life care).

ABSTRACT

Introduction:

Nowadays, the aging of the population, and the increase in morbidity and dependency, means that taking care of people with advanced chronic conditions or those at the end of their lives is becoming increasingly relevant within our health system. Palliative care offers active and comprehensive care for those patients whose illness does not respond to curative therapy. Nursing is a basic pillar in the care of these people and their families. Still, in order to provide quality care, an

adequate level of basic training that provides an up-to-date theoretical and practical framework is essential.

Objective:

To determine the level of knowledge in palliative care that nursing professionals who work in different unit of the University Hospital of Móstoles, have through a validated questionnaire (PCQN) in the Spanish versión.

Methodology:

Cross-sectional descriptive study carried out at the University Hospital of Móstoles with a sample of 78 nurses working in different areas. The study was carried out during the year 2020. The Spanish version of the Palliative Care Quiz Nurses (PCQN) questionnaire was used as a tool to measure knowledge in palliative care. In addition, demographic data was collected as well as data related to academic training, professional experience and use of mobile applications. The data was collected through the Google Forms platform and subsequently exported to the SPSS 26 statistical programme for descriptive analysis.

Results:

Seventy-eight questionnaires were collected from a total sample of 325 nursing professionals working in medical, surgical and critical care units; the majority (78,2%) were women and the average

age among the participants was 39 years old. Professional experience exceeded 10 years in 68% of the cases. The average score obtained in the questionnaire was 11.35 points out of a total of 20, meaning an insufficient level of knowledge in palliative care. The correlation between previous experience in palliative care or the training received and the overall score was not statistically significant.

Conclusion:

A basic level of training in palliative care is of Paramount importance in order to provide quality care for patients in advanced stages of illness and their families. This training should be continuous, updated and in line with the needs of nurses working in acute care hospitals.

Keywords: knowledge, palliative care, nurses, new technologies.

INTRODUCCIÓN

Definición y Marco conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): "El tratamiento paliativo es un modelo asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a

través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y correcta evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo”(1). Dicha atención no debe limitarse sólo a los últimos días de vida, sino aplicarse de forma progresiva a medida que la enfermedad avanza y acorde a las necesidades del paciente y su familia (2).

El acompañamiento durante la fase avanzada de enfermedad y en el proceso de final de vida cuando los tratamientos curativos ya no son posibles, es uno de los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos.

La enfermera supone un pilar fundamental en la atención directa de estas personas, siendo la encargada de proporcionar y mantener los cuidados, dirigidos a un adecuado control de los síntomas y a un abordaje integral del enfermo y su familia.

Situación demográfica

El avance tecnológico, la aparición de nuevas terapias y métodos diagnósticos, así como una mejora en la calidad de vida, hacen que cada año se

incrementa la esperanza de vida, ocasionando un envejecimiento progresivo de la población y un aumento en la incidencia de enfermedades oncológicas y crónicas invalidantes que llevarán a una situación terminal irreversible y finalmente a la muerte.

Esta situación es común en los países desarrollados, pero en concreto, España es ya un país muy envejecido y según los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) la previsión para las próximas décadas sitúa a nuestro país en el primer lugar en cuanto a esperanza de vida, siendo en la actualidad ya el primero a nivel de Europa. (3)

Debido a la pandemia por coronavirus, estas previsiones se han visto modificadas, tal y como notifica el INE, con un descenso en la esperanza de vida de casi un año en 2020, aunque será temporal retomando la tendencia previa.

Esta situación supone un reto importante para los sistemas de salud y para los profesionales debido al aumento a nivel mundial de la necesidad de cuidados paliativos como consecuencia de la mayor carga que representan las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas; siendo una prioridad su inclusión en los diferentes niveles de atención sanitaria (4).

Situación de los cuidados paliativos en España

A partir de los años 80 los cuidados paliativos surgen como complemento a la medicina curativa, proporcionando una atención integral y de calidad a todos los pacientes que sufren un proceso irreversible de enfermedad. El objetivo va dirigido a promover una muerte digna, sin dolor, en un ambiente familiar y sin excesivo intervencionismo.

La atención a los pacientes en fase terminal es un derecho reconocido por diferentes organismos internacionales y una prestación sanitaria descrita en la Legislación española, incluido como prestación básica en la "Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)" y se encuentra recogido dentro de la Cartera de Servicios comunes (5).

Un gran grupo de enfermedades además de las oncológicas van a requerir estos cuidados, la mayoría son personas ancianas con pluripatología y grandes discapacidades en las que resulta difícil definir la situación de terminalidad, por lo que es importante conocer pronóstico, discapacidad funcional, severidad de la enfermedad e información sobre la toma de decisiones. Los resultados publicados en el estudio de Campello (6) donde se realizó una revisión bibliográfica para identificar las necesidades de

atención paliativa en pacientes no oncológicos con enfermedad crónica avanzada incurable o terminal; se evidenció que el aumento de pacientes con enfermedades crónicas, cuyo desarrollo y progreso los llevarán a la muerte, hace necesario facilitar el acceso a los CP para mejorar su calidad de vida y satisfacer las necesidades de los pacientes.

A pesar del importante avance en programas y servicios, la demanda es cada vez mayor y no todos los pacientes van a poder ser atendidos por profesionales expertos pertenecientes a recursos específicos de esta disciplina.

A esta realidad se suma la institucionalización de la muerte en el mundo occidental; circunstancias como la claudicación familiar, un difícil control sintomático o el déficit de soporte sociofamiliar, hacen que muchas de estas personas acudan a un hospital y acaben falleciendo en los mismos.

A nivel nacional como internacional existe una creciente preocupación por la calidad de la atención al final de la vida que se brinda en los hospitales de agudos y la percepción que tienen pacientes y familiares de la atención recibida no sólo en cuanto al control de síntomas sino también a si son tratados con dignidad y respeto, si se atienden las necesidades

psicológicas, emocionales y espirituales y la comunicación (7). Los hospitales de agudos deben garantizar que los pacientes y sus familiares reciban cuidados al final de la vida de alta calidad.

Por tanto, la enfermería en el transcurso de su actividad profesional se va a enfrentar al reto de cuidar, acompañar y atender las necesidades de pacientes y de sus seres queridos en la fase final de la enfermedad. Por lo que se hace necesario un nivel de formación adecuado a dichas demandas.

Formación en cuidados paliativos

La OMS informa que “la falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante al programa de mejoramiento del acceso a esos cuidados” (8).

Las asociaciones científicas AECPAL (Asociación Española de Cuidados Paliativos) y la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), determinan la necesidad de un proceso formativo dependiente del nivel de complejidad que presenten los pacientes (9). Un comunicado publicado recientemente declaraba que “Todos los profesionales deberíamos tener una formación básica en cuidados paliativos que nos ayudara a saber manejar las situaciones de final

de vida, el control de síntomas, la información o la toma de decisiones con las familias y, si no es así, recurrir al asesoramiento de profesionales de cuidados paliativos” (10).

La enfermera es la responsable última de la correcta aplicación de los procedimientos necesarios para mejorar en lo posible la última etapa de la vida del paciente y además debe fomentar el aprendizaje y la implicación de la familia en este tipo de cuidados. La utilización de una metodología científica en la práctica profesional enfermera da respuesta a estas necesidades y garantiza la calidad y continuidad de los cuidados.

Existe un consenso en cuanto a la formación de los profesionales en el ámbito de los cuidados paliativos de todas las instituciones relacionadas con este campo. Así desde la EAPC (European Association for Palliative Care) (11) se establecen diferentes niveles de formación en cuidados paliativos, siendo recomendable adquirir el nivel básico de formación durante el período formativo de grado y para aquellos profesionales que pueden atender a pacientes en situación paliativa de forma ocasional. El nivel intermedio consiste en una capacitación de mayor profundización en todos los apartados de formación y dirigida a los profesionales

sanitarios que atienden a mayor número de pacientes terminales o con necesidades específicas de cuidados paliativos. Un nivel avanzado para profesionales de equipos específicos de cuidados paliativos.

En el "Atlas de cuidados paliativos en Europa 2019" (11), se pone de relieve que España es el único país de Europa occidental que no tiene reconocida oficialmente la especialidad de Cuidados Paliativos.

El artículo publicado por Pilar Vallés (12), donde se revisaron los planes de estudios de todas las universidades de enfermería españolas, los cuidados paliativos como asignatura obligatoria aparecía sólo en el 46% y como optativa en el 53%, en algunas universidades aparecía como módulo dentro de otras asignaturas. Otro estudio realizado posteriormente, en el año 2016 (13), en 101 facultades o escuelas de enfermería, mostró resultados similares, incluso mostró una disminución de un 20% en la oferta de esta asignatura en el grado. Este hecho muestra que, tras la reconversión de los planes de estudios y de la titulación de grado en enfermería no ha habido cambios significativos, no siendo uniforme la formación en los diferentes centros españoles.

Estudios nacionales e internacionales realizados con

estudiantes y con profesionales de enfermería, muestran que éstos presentan un nivel bajo de formación en cuidados paliativos y demandan mayor preparación en esta área para manejar el proceso y poder prestar una atención de calidad (14).

Uno de los trabajos más referentes en este campo es el realizado por Chover-Sierra y Martínez Sabater (15) donde participaron distintos profesionales de todo el país, que desarrollaban su actividad en distintos niveles asistenciales. Se concluía en el estudio que los profesionales refieren no tener un nivel adecuado, especialmente en lo que respecta a los aspectos psicosociales (y no tanto al manejo de síntomas), aunque aquellos que referían tener formación, tanto teórica como práctica, en cuidados paliativos mostraban un mayor nivel de conocimientos.

Resultados similares se ven reflejados en la revisión sistemática publicada el año pasado en la revista *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, que incluyó 26 artículos relevantes publicados en inglés desde el año 2000 al 2017 sobre el conocimiento y las actitudes de las enfermeras hacia los cuidados paliativos (16).

En España se ha detectado una inquietud importante en los últimos años, con respecto a este tema, aunque las publicaciones no son muy

numerosas y están dirigidas principalmente a evaluar a los estudiantes de grado de enfermería (17).

La aparición brusca de la pandemia por coronavirus ha ocasionado un impacto sin precedentes en el sistema sanitario, poniendo en evidencia la importancia de la formación y manejo de pacientes con pronósticos infaustos, muchos profesionales se han enfrentado a la complejidad de cuidados y a la muerte de pacientes sin los conocimientos adecuados, ocasionando un aumento del estrés y de la presión asistencial, así como un elevado sufrimiento en pacientes y familias.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se desarrolla dentro de un ámbito hospitalario de segundo nivel, donde se atienden pacientes con diferentes patologías. No existe unidad de camas específica, estando los pacientes paliativos ingresados en unidades médicas o quirúrgicas según la disponibilidad hospitalaria. El equipo de soporte hospitalario actúa como equipo consultor y hace seguimiento de los enfermos con necesidad de C.P y actúa como consultor para pacientes derivados por otras especialidades. La atención y cuidados son dispensados por profesionales de enfermería generalistas que en general no

disponen de formación específica. Tampoco existe en la actualidad un programa formativo para los sanitarios.

La escala PCQN (Palliative Care Quiz for Nursing) fue desarrollada en 1996 ante la evidencia de la necesidad de programas educativos que abordaran conocimientos sobre los CP y su aplicación en la práctica, pero para desarrollar estos programas era necesario un instrumento que evaluara el nivel de conocimiento para determinar las necesidades y las ideas erróneas con respecto a los CP (18). Fue en 1996 cuando nació la escala PCQN para enfermeras.

Este cuestionario ha sido elegido por ser ampliamente utilizado en diferentes países y dispone de una traducción y validación en castellano (19).

OBJETIVOS

General:

- Determinar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería graduados o diplomados que trabajan en las diferentes unidades del Hospital Universitario de Móstoles, mediante el cuestionario validado PCQN.

Específicos:

- Comparar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos según las áreas de trabajo, cursos realizados,

características demográficas y tiempo de experiencia.

- Conocer cuáles son las principales áreas de conocimiento de cuidados paliativos dónde hay mayor inquietud o déficit formativo para los profesionales de enfermería del hospital.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal realizado en el área de hospitalización del Hospital Universitario de Móstoles.

Población de estudio

La selección de los participantes será intencionada y no aleatoria. Se realizará en base a la categoría profesional de los participantes, incluyendo a profesionales de enfermería diplomados o graduados que ejercen su labor asistencial en el Hospital Universitario de Móstoles durante los meses de febrero y marzo de 2020 (posteriormente se amplió a los meses de septiembre y octubre) La muestra se obtendrá de los profesionales que voluntariamente se presten a rellenar y enviar los formularios.

Recogida de datos

Se recopilarán los datos obtenidos de los cuestionarios PCQN, aspectos sociodemográficos, nivel educativo y experiencia profesional; también se recogerán las valoraciones obtenidas sobre la utilidad de

una app como herramienta de consulta, así como las áreas de formación demandadas para incluirlas en dicha aplicación móvil.

Criterios de inclusión

Profesionales de enfermería que trabajen en las diferentes unidades de hospitalización, médicas y quirúrgicas, unidades especiales de Cuidados Intensivos y Servicio de Reanimación y área de observación del servicio de urgencias; durante el período de estudio.

Criterios de exclusión

- Negativa a participar en el estudio (no recepción del cuestionario).
- Profesionales de enfermería que se encuentren trabajando en las unidades referenciadas y que no pertenezcan a la plantilla habitual de dichos servicios y se encuentren trabajando tan solo de forma puntual

Variables de estudio

Entre las variables del estudio se encuentran las variables demográficas o de caracterización de la muestra que permitirán obtener diferentes grupos para marcar relaciones con los resultados obtenidos en el cuestionario PCQN.

Las variables de los resultados obtenidos y registrados en el cuestionario valorarán el nivel de formación en cuidados

paliativos de los sujetos pertenecientes al estudio. Los valores que pueden tomar estas variables (cuantitativa discreta) son tres: preguntas acertadas, preguntas erróneas y respuesta "no lo sé".

Se contabilizará el número de respuestas correctas del cuestionario otorgando una puntuación de "1" a cada una de ellas y no se tendrán en cuenta las respuestas erróneas o "no lo sé".

FASES DE ESTUDIO Y PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Fase conceptual:

Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos indexadas: PubMed, Cinahl, EBSCO, Scielo, Cuiden, etc. para conocer la situación actual y los estudios publicados hasta el momento en relación con el tema de estudio, tanto a nivel nacional como internacional.

Esta búsqueda servirá igualmente para la localización de un cuestionario validado en español, que permita evaluar el nivel de conocimientos sobre cuidados enfermeros que tienen los profesionales de la salud, en particular los titulados en enfermería.

Se definieron el objetivo principal y objetivos específicos para la pregunta de investigación planteada.

El cuestionario elegido fue el PCQN, por su extensión, simplicidad lingüística, especificidad y tiene contenidos que las enfermeras encuentran en su práctica diaria. Contiene 20 ítems categorizados en tres subescalas que incluyen: filosofía y principios de los cuidados paliativos, tratamiento del dolor y otros síntomas y atención psicosocial y espiritual; con tres modalidades de respuesta (verdadero, falso y no lo sé).

Fase metodológica

Conlleva la solicitud de permisos en la entidad hospitalaria para poder acceder a la muestra (dirección de enfermería y comité de investigación) y simultáneamente se procedió a la presentación del proyecto ante el comité de investigación de la Universidad Pontificia de Comillas para su aprobación.

Se comunicó a la autora del artículo "Adaptación y validación de la versión en español del cuestionario *palliative care quiz for nurses* (PCQN). Análisis del nivel de conocimientos en cuidados paliativos de estudiantes y profesionales de enfermería españoles" D^a Elena Chover Sierra, la intención de utilizar dicha herramienta en esta investigación, obteniendo el visto bueno de la misma.

La muestra del estudio se seleccionará según los criterios de inclusión y de exclusión marcados. Se elaborará la

encuesta para obtención de datos demográficos y de formación específica de los participantes.

Una vez obtenido los permisos correspondientes y la aprobación del comité de investigación, se procederá a la fase de difusión estableciendo reuniones con los diferentes supervisores de enfermería de las unidades donde desempeñan su trabajo los profesionales enfermeros, para informar del objetivo del estudio, solicitud de participación y para la obtención de los correos institucionales que permita lanzar los cuestionarios. Igualmente se realizarán visitas a las diferentes unidades de hospitalización para hacer conocer el estudio e informar de la forma y condiciones de participación en el mismo a los profesionales. La colocación de un cartel informativo en las unidades permitirá dar mayor difusión al trabajo, ya que debido a la existencia de diversos turnos de trabajo y libranzas en el hospital es muy difícil informar personalmente a todos los profesionales. Esto se desarrollará durante la segunda quincena del mes de febrero.

Tras la fase de difusión se procederá al envío por correo electrónico de la encuesta demográfica y del cuestionario PCQN, mediante un cuestionario ad hoc desarrollado en la plataforma Google Form; esta

plataforma permite la creación de formularios y la recopilación de información a través de las respuestas obtenidas, los datos se pueden trasladar a una hoja de cálculo (Excell) que se exportará al programa estadístico SPSS para el tratamiento analítico posterior. Los profesionales que deseen colaborar en el estudio y antes de rellenar las encuestas, podrán acceder a una carta informativa sobre el proyecto, los objetivos y confidencialidad de los datos proporcionados.

Se realizará un proyecto piloto con 3 profesionales de enfermería (unidad médica, unidad quirúrgica y equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos) para comprobar la adecuación y comprensión de los cuestionarios y el correcto funcionamiento a través de la plataforma digital.

Fase empírica

Incluirá el proceso de recogida de datos se realizará durante los meses de abril y mayo de 2020 (por la situación de pandemia por COVID 19, se amplió durante los meses de septiembre 11 y octubre) y se trasladarán a la base de datos creada previamente para tal fin; posteriormente se procederá al análisis estadístico, interpretación, transcripción de los datos y elaboración de la discusión. Todo esto conducirá a la elaboración del documento escrito para la presentación del

proyecto en el departamento asignado por la Universidad Pontificia de Comillas.

ANALISIS

En una primera fase del plan de análisis estadístico, se realizará un análisis descriptivo de los datos utilizando medidas de tendencia central, posición y dispersión para las variables cuantitativas incluyendo: media, mediana, desviación estándar (SD), rango intercuartílico, máximo, mínimo y coeficiente de variación. Para las variables cualitativas se utilizarán las frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente, se realizará un análisis inferencial para ver las diferencias y la correlación con las distintas variables del estudio. Las correlaciones o asociaciones entre variables se buscarán mediante el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman en función de la normalidad de las variables cuantitativas contrastadas, o la Chi-cuadrada o Prueba Exacta de Fisher para variables cualitativas. Además, se aplicarán test estadísticos paramétricos (T de Student para muestras independientes o relacionadas/ Anova de un factor o Anova de medidas repetidas) o no paramétricos (Prueba de U de Mann Whitney o Prueba de Wilcoxon/test de Kruskal Wallis o Prueba de Friedman) para el contraste de

hipótesis en función del tipo de variable y tamaño de la muestra.

Las diferencias serán consideradas estadísticamente significativas para un valor de $p < 0.05$.

El análisis estadístico se realizará a través del software estadístico IBM SPSS IBM Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.

RESULTADOS

El propósito de este estudio era determinar el nivel de cuidados paliativos de los profesionales de enfermería que trabajan en diferentes unidades del Hospital Universitario de Móstoles mediante un formulario (PCQN), así como establecer las relaciones que pudieran existir entre el nivel de conocimientos otras variables demográficas, de formación o de experiencia profesional. Se empleó estadística descriptiva para el análisis de los datos, utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición para las variables cuantitativas y de distribución de frecuencias para las variables cualitativas. El cuestionario PCQN consta de 20 preguntas y su puntuación varía desde 0 a un máximo de 20 puntos, por lo que se recodificaron cada una de las variables del cuestionario con la etiqueta valor 1 para las respuestas correctas y valor 0

para las incorrectas o las contestadas como "no lo sé". De esta forma se consigue el cálculo total de las respuestas acertadas y de las erróneas de cada participante, así como la media, que permitirá posteriormente conocer el nivel de conocimientos en cuidados paliativos de la muestra. La asociación entre variables se calculó con el índice de correlación de Pearson y el contraste de hipótesis mediante la T de Student y ANOVA. En los diferentes análisis se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

Descripción de la Muestra

La muestra total del estudio fue de 325 profesionales de enfermería que trabajan en las diferentes unidades hospitalarias incluidas en el estudio. Se recibieron 78 cuestionarios, todos estaban completos y correctamente rellenados, lo que supone una participación del 24% sobre el total de los encuestados. De los 78 participantes, el 87.2% ($n = 68$) eran enfermeras, con un promedio de edad de 39 años; la edad mínima de 22 y la máxima de 60 años, el 50% de los sujetos se sitúan en un rango de edad entre los 33 y los 43 años. En cuanto a la titulación, los diplomados en enfermería suponen un porcentaje ligeramente superior, 54% ($n = 42$), con respecto a los

graduados en enfermería, 46% ($n = 36$). Sólo un 3,8% ($n = 3$) refirieron tener una especialidad (no especificada). Del total de la muestra, los enfermeros con más de 10 años de experiencia supusieron un 67,9% ($n = 53$) (Gráfico 1). Esto supone que en el centro donde se ha realizado el estudio los profesionales de enfermería tienen amplia experiencia en la labor asistencial.

Como se muestra en el Gráfico 1, hubo participación de profesionales de las todas las unidades incluidas en el estudio, existiendo una participación mayor de los que pertenecían a alguna de las unidades médicas del hospital, 39.7% ($n = 31$) (ver limitaciones del estudio).



Gráfico 1. Unidades Hospitalarias Participantes

En el grupo de estudio el 71,8% ($n = 56$) de los sujetos no tenían

ninguna experiencia en cuidados paliativos, el 7,7% (n=6) menos de 1 año y dos subgrupos que suponen el 10,3% (n=8) cada uno, tenían entre 1-3 años o más de 3 años, respectivamente.

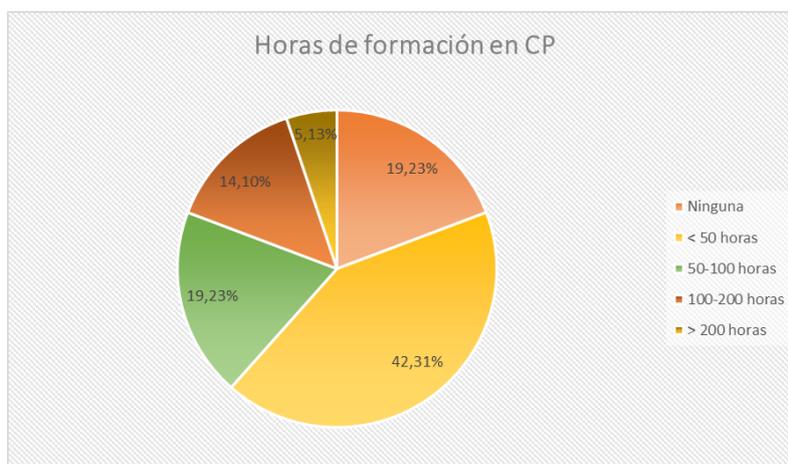
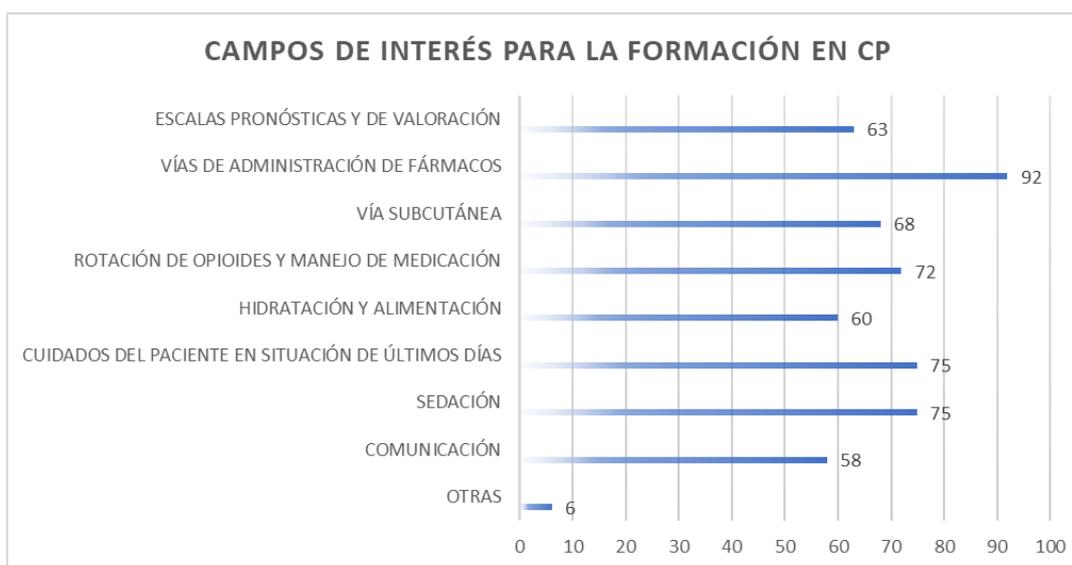


Gráfico 2. Horas de Formación en Cuidados Paliativos

Gráfico 3. Campos de interés para la formación en cuidados paliativos.



En cuanto a la formación específica sobre cuidados paliativos, el estudio muestra que casi un 20% de los participantes no la tenía, siendo sólo algo más del 5% los que disponían de un aprendizaje mayor a las 200 horas en esta área, así se muestra en el gráfico 2.

Cuando se ha preguntado a la muestra si en alguna ocasión habían tenido que atender a pacientes con necesidad de CP o en situación de final de vida, todos ellos respondieron de forma afirmativa, siendo un 57,7% (n=45) los que lo hacían de forma habitual.

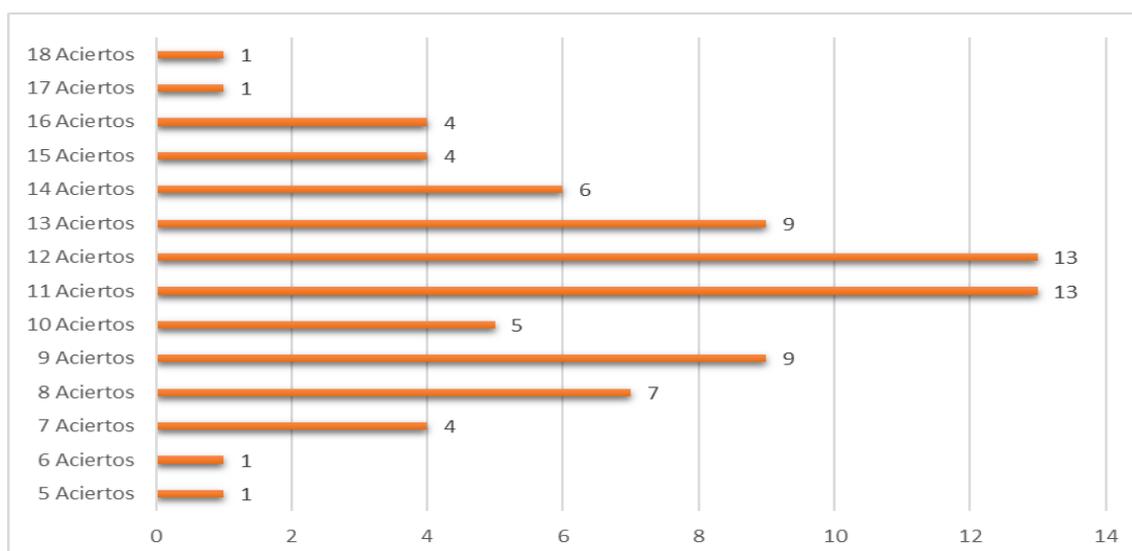
En lo referente al interés sobre las diferentes áreas de intervención en cuidados

paliativos, los participantes mostraron mayor preferencia en lo relacionado con la medicación, situación de final de vida y sedación (Gráfico 3).

Nivel de Conocimientos en Cuidados Paliativos

Para analizar los resultados se considera conocimientos suficientes en cuidados paliativos, aquellas encuestas

cuidados paliativos en la muestra de estudio. Un 48,71% (n=38) de los participantes tuvieron puntuaciones mayores o iguales a 12 preguntas acertadas, la puntuación más frecuente fue de 11 o 12 respuestas correctas (n=26). Tan solo hubo un 26,32% (n=10) sujetos que alcanzaron un nivel más alto de conocimientos en cuidados paliativos, con puntuaciones por encima de 14 puntos.



que presentaron puntuaciones por encima de 12 respuestas acertadas del total de 20; en base a lo establecido por Ross MM y col. en su artículo sobre el cuestionario PCQN. La puntuación media fue de 11,35 puntos de un total de 20 (SD= 2,725), con un mínimo de 5 respuestas correctas y un máximo de 18. Esto representa un bajo nivel de conocimiento en

Gráfico 4. Puntuaciones según número de preguntas acertadas del PCQN

En el estudio las preguntas con un porcentaje de aciertos mayor fueron la P1 (Filosofía y principios en cuidados paliativos), P4, P8, P15 y P 18 (Manejo de dolor y control de síntomas). Las que obtuvieron un porcentaje mayor de

respuestas erróneas fueron P5, P19 (Atención psicosocial y espiritual), P6, P14 (Manejo del dolor y control de síntomas), P17 (Filosofía y principios en cuidados paliativos).

Llama la atención el porcentaje de la pregunta 5 ("Es primordial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento") con un 95% (n=74) de error.

El análisis de los datos demuestra que el nivel de conocimientos en cuidados paliativos no es mayor en las enfermeras, aunque éstas han obtenido mayor puntuación en el cuestionario (media 11.51 respuestas correctas) que los enfermeros (media 10.20), no existiendo significación estadística ($t = -1.43$, $p = 0.156$). Tampoco se ha obtenido mayor nivel de formación en cuidados paliativos en aquellos profesionales con más años de experiencia profesional ($F = 2.042$, $p = 0.097$) o en los que han recibido formación específica en este campo ($F = 1.787$, $p = 0.141$).

En relación con aquellos profesionales que declararon tener experiencia en el campo de los cuidados paliativos, se observa que los que tienen más de 3 años trabajados en este campo obtienen mejores puntuaciones de media que los demás ($F = 3.147$, $p = 0.030$). No obstante, no existe significación estadística en las comparaciones

múltiples entre grupos ($p > 0,05$).

En este estudio participaron profesionales de enfermería de diferentes unidades hospitalarias sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre el área de trabajo y el nivel de formación en cuidados paliativos ($F = 0,511$; $p = 0,728$).

En el Anexo 2 se muestra el número de participantes de cada unidad, la media de respuestas acertadas, así como la puntuación mínima y máxima en cada servicio.

DISCUSIÓN

Los cuidados paliativos es la disciplina encargada de prevenir y aliviar el sufrimiento a pacientes con una enfermedad grave que compromete su vida, con un enfoque dirigido a proporcionar la mayor calidad de vida posible mediante un adecuado control del dolor y otros síntomas y atendiendo a la persona en todas sus esferas: física, psicológica, social y espiritual, sin dejar al margen a sus familiares.

Comprender el proceso de morir y los cuidados que requiere esta etapa de la vida no es fácil, los profesionales de la salud deben estar preparados a nivel educativo, profesional y personal para afrontar este tipo de situaciones. Estos pacientes experimentan cada día un deterioro físico y psicológico

progresivo, con grandes demandas de atención, soporte emocional y cuidados especiales hasta el momento de su fallecimiento.

La enfermería dirigirá sus cuidados a mantener el mayor tiempo posible la autonomía y la funcionalidad, priorizando las medidas de confort, manejo de síntomas y apoyo emocional.

En los hospitales de agudos la mentalidad prevalente es la de "curar", la presencia de pacientes con necesidades paliativas precisa de una adecuación de la actividad y de los cuidados para proporcionar la atención que estas personas merecen. Los profesionales deberían tener unas competencias adecuadas para proporcionar este tipo de cuidados, habilidades de comunicación y herramientas básicas basadas en los fundamentos de los cuidados paliativos. Dicha formación no sólo se adquiere a través de la práctica clínica o durante la formación de pregrado, sino que es necesaria la actualización de conocimientos que estén basados en la evidencia científica.

La medición del conocimiento es un componente importante en la educación y en la práctica enfermera; el empleo de instrumentos validados que permitan conocer el nivel de formación, las necesidades e inquietudes de los profesionales,

pueden servir para mejorar los programas educativos dirigidos a aumentar y fortalecer el nivel teórico y práctico, que repercutirá en una mejor atención a los pacientes. Se encuentran publicadas diferentes investigaciones a este respecto, como el estudio de Hao Y., et al realizado con enfermeras del departamento de oncología antes y después de una intervención de aprendizaje electrónico para mejorar los conocimientos en cuidados paliativos de dichos profesionales (20).

En el trabajo que se presenta se decidió utilizar como instrumento de medida, la versión validada en castellano del Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN) (19). Se ha demostrado que es una herramienta útil para medir el conocimiento en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería, así como para identificar conceptos erróneos en este campo.

Para analizar los resultados se ha considerado como conocimientos suficientes en cuidados paliativos, aquellas encuestas que presentaron puntuaciones por encima de 12 respuestas acertadas del total de 20 (60% correctas), en base a lo establecido por algunos autores (Wilson) (21).

El nivel de conocimientos en cuidados paliativos que presentó el personal de enfermería del

hospital donde se realizó el estudio, identificó un porcentaje medio de respuestas acertadas del 56.65%, la puntuación media fue de 11.35 aciertos sobre un total de 20, lo que supone un nivel insuficiente o bajo de conocimientos en cuidados paliativos. Esta situación coincide con lo publicado por otros autores que han realizado estudios con profesionales de enfermería en centros españoles (22) y en otros países (23).

Aunque la puntuación obtenida no es óptima, sí es de las más altas entre los estudios publicados, donde la puntuación global del cuestionario PCQN oscila entre 8.0 y 13.2 sobre el total de 20 puntos posibles.

En estos trabajos participaron profesionales de diferentes áreas o departamentos clínicos. Algunos de ellos reflejan puntuaciones más bajas en enfermeros que atienden a pacientes no oncológicos en comparación con los que trabajan en unidades de oncología, unidades de cuidados paliativos o cuidados prolongados (24).

Estudios recientes como el de Achora y col. (28) que analizaron y sintetizaron 26 estudios, revelaron un déficit formativo, pero actitudes favorables hacia los cuidados paliativos entre las enfermeras y expresaban cómo la educación y la experiencia clínica influyeron

en sus conocimientos y actitudes hacia estos cuidados. El estudio con un porcentaje mayor de respuestas acertadas en el PCQN que se ha encontrado es el publicado por Schnell-Hoehn et al. (25) con profesionales de enfermería de cardiología en América del Norte, con resultados de 74.9% de aciertos (15 puntos sobre 20). En esta muestra se incluían enfermeras licenciadas y graduadas con diferente nivel académico de formación. Esto lo corroboran publicaciones realizadas en países donde hay diferentes niveles académicos de formación para los enfermeros, siendo los licenciados los que obtienen mejores resultados (26).

No se puede establecer una relación directa entre los trabajos consultados pertenecientes a otros países y el estudio que se presenta debido a diferencias culturales, de desarrollo de los cuidados paliativos y de formación general de los profesionales. Se han hallado publicaciones desarrolladas en países como en Irán o Etiopía (23,27) con puntuaciones por debajo de 9,34 en comparación con investigaciones realizados en Canadá o más recientemente en Irlanda que superaron los 11 puntos (21).

La evidencia científica respecto al nivel de formación en cuidados paliativos de los

profesionales enfermeros españoles es escasa, los estudios de referencia son los realizados por Elena Chover y col. En 2017 se incluyó una muestra de 159 participantes de un hospital de tercer nivel de Valencia, se obtuvo una media de aciertos para el PCQN del 54% (10,2 puntos sobre 20), encontrándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la formación en cuidados paliativos y experiencia profesional, pero con índices de correlación bajos (28). En relación con el estudio presentado la población de estudio es similar, aunque surgen diferencias significativas entre ambas muestras: se incluían un 54,7% de sujetos con experiencia en paliativos (media de 4 años) y un 64,2% que habían recibido formación específica; en comparación con la muestra estudiada en la que tan sólo un 10,25% de profesionales tenían más de 3 años de experiencia clínica y un 71,79% los que no tenían ninguna, igualmente en cuanto a la formación en paliativos el 61,53% de la muestra no tenían realizados cursos previamente. PCQN Los porcentajes de respuestas acertadas según los subgrupos de preguntas del instrumento de medida (PCQN): Filosofía y principios de cuidados paliativos (57.25%), aspectos psicosociales (31%) y control de síntomas (59.46%), son

similares en ambos estudios. Se desconoce si el resultado algo más elevado del trabajo que se presenta pudiese estar en relación con la existencia de un equipo de soporte en cuidados paliativos en el hospital donde se realizó la encuesta, puesto que en la bibliografía se han encontrado artículos que se plantean este hecho como factor favorecedor, puesto que la labor de estos equipos es la atención a pacientes con necesidades paliativas y la educación/formación a otros profesionales.

En la tesis doctoral presentada por D^a Elena Chover y dirigida por Antonio Martínez Sabater en 2018 (15), se realizó la adaptación y validación en castellano del cuestionario PCQN y se analizó el nivel de formación en cuidados paliativos de estudiantes de enfermería y profesionales enfermeros de todo el territorio español. De los 1114 enfermeros(as) de la muestra, la media de edad fue de 39 años y la de la experiencia profesional 15 años, datos similares al estudio que se presenta. El porcentaje de respuestas correctas en el cuestionario fue del 61.38% equivalente a 12,27 puntos sobre 20 posibles, nivel sensiblemente más elevado que en el resto de las publicaciones existentes. Dentro de este grupo el 43.5% de profesionales trabajaban en hospitales de

agudos y consiguieron un 59.9% de aciertos (11.98 puntos) que también supone un resultado algo superior al expuesto en el presente estudio, estando muy cercano al nivel suficiente de conocimientos en cuidados paliativos que se marcaba como óptimo. En este último trabajo sí se mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los años de experiencia y de formación en el ámbito de los cuidados paliativos y el resultado global del cuestionario. Diferencias significativas de la media de aciertos en función de tener formación, horas formativas y experiencia en paliativos, fueron publicadas por Alberto Hiciano y colaboradores en su estudio a enfermeras/os de atención primaria y hospitalaria en un área sanitaria de Murcia en 2018 (29); la puntuación media de dicha muestra fue de 10,35 puntos sobre 20 (nivel bajo de conocimientos).

Conceptos erróneos

En esta investigación también se analizan los principales conceptos erróneos que son clave para las enfermeras y que han sido también reportados por otros autores (15,19,23) En las preguntas relacionadas con la Filosofía y principios de los CP, cabe destacar el porcentaje de participantes que consideran que "La acumulación de pérdidas hace que el burnout

sea inevitable entre los profesionales que atienden pacientes con necesidades paliativas" (71%), coincidiendo con otros autores. Existen estudios que analizan el nivel de estrés y de fatiga por compasión en profesionales de cuidados paliativos y otros de áreas clínicas diferentes, sin encontrar diferencias notables.

También continúa existiendo la creencia errónea sobre la provisión de cuidados paliativos reservada para aquellos enfermos al final de la vida donde ya no hay tratamiento posible. En cuanto al Manejo del dolor y control de síntomas, algunas de las preguntas con un porcentaje mayor de respuestas erróneas o contestadas como "no lo sé" son la relación entre el desequilibrio hidroelectrolítico que aparece al final de la vida y que ayuda a disminuir la necesidad de sedación, con la somnolencia secundaria a esa alteración (68%).

A pesar de que la utilización de la morfina en países desarrollados ya no es algo inusual, llama la atención que todavía aparezca el concepto asociado de la adicción a la morfina cuando se utiliza como tratamiento de base para el manejo del dolor a largo plazo (pregunta 7) y que en el presente estudio se vea reflejado con un 55% de profesionales que así lo creen. Con respecto al uso de la

dolantina como analgésico efectivo en el control del dolor crónico, un 53% de enfermeros/as lo consideran como verdadero; es posible, que esta creencia tenga relación con la utilización habitual de este fármaco en unidades como la urgencia o en unidades quirúrgicas para tratar el dolor agudo o postoperatorio. En el manejo del dolor también se ha encontrado que existen dudas o equivocaciones a la hora de relacionar la ansiedad o la fatiga con la disminución del umbral del dolor.

Los profesionales encuentran mayores dificultades e inseguridad para el manejo de situaciones difíciles como muestra la categoría relativa a la atención psicosocial y espiritual. En este último apartado el porcentaje de errores es bastante alto para las tres preguntas realizadas, destacando con gran diferencia la relacionada con el acompañamiento del enfermo hasta su fallecimiento, donde han contestado de forma incorrecta el 95% de la muestra. Esta incidencia es común a muchas otras investigaciones a nivel mundial (15,19) y posiblemente esté en relación con factores culturales o religiosos asociados al papel del cuidado del paciente grave o cercano al final de su vida; en estas situaciones se debe tratar este tema con los cuidadores

principales debido a la gran sobrecarga física y emocional asociada a esta etapa de la enfermedad. En futuros estudios sería aconsejable adjuntar alguna aclaración a la pregunta para que pueda ser bien interpretada por la población de estudio.

Los apartados donde los participantes han mostrado mayor conocimiento son las preguntas incluidas en el apartado de manejo de dolor y control sintomático, siendo habitual este hecho entre profesionales que trabajan en unidades hospitalarias puesto que gran parte de su labor asistencial va dirigida a este objetivo.

Formación en cuidados paliativos

Como se expone anteriormente, la literatura indica que en los últimos años existen estudios en diferentes países que evalúan los conocimientos en cuidados paliativos en los profesionales de enfermería reflejando la necesidad de mejorar la formación y la conveniencia de crear guías clínicas de actuación para el cuidado a estos pacientes. También son cada vez más frecuentes las investigaciones dirigidas a los estudiantes durante el pregrado, mostrándose una gran inquietud y compromiso sobre la inclusión de esta

asignatura a nivel curricular en el grado de enfermería de forma obligatoria, consiguiendo que durante el aprendizaje se adquieran los conocimientos básicos que permitan al futuro profesional conocer sus propias actitudes ante la muerte, sabiendo ayudar a los pacientes y a sus familiares en el proceso final de la enfermedad (30).

En la práctica clínica es necesario reforzar la educación en cuidados paliativos mediante la creación de estrategias de apoyo a enfermeras expertas para conseguir la excelencia en los cuidados. La literatura intenta aportar herramientas válidas que ayuden a los profesionales a adquirir las competencias necesarias y que faciliten su labor asistencial en base a unos estándares de calidad.

CONCLUSIONES

Una vez finalizado este estudio se pueden enumerar algunas conclusiones obtenidas en base a los objetivos planteados:

- Se ha conseguido evaluar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería del Hospital donde se ha realizado el estudio. El resultado muestra un nivel bajo lo que puede conllevar dificultades en la práctica clínica y en la atención a pacientes con

enfermedades crónicas avanzadas y a sus familiares.

- La participación por departamentos ha sido positiva sin que se haya podido encontrar diferencias significativas en los resultados con respecto a las diferentes unidades hospitalarias.
- La muestra estaba constituida por profesionales con amplia experiencia en el ámbito clínico, pero esto no ha sido determinante a la hora de presentar mayor formación en el área de los cuidados paliativos. El control del dolor y otros síntomas es una de las áreas dónde muestran más aciertos, siendo dos de las competencias enfermeras más importantes en los hospitales de agudos.
- La formación específica en la atención al paciente con necesidades paliativas no es habitual entre los sujetos participantes y los que la tienen las han recibido hace más de 5 años por lo que no hay una actualización planificada durante el postgrado; tampoco existen profesionales con

experiencia asistencial en este campo. Estos dos aspectos contrastan con la realidad a la que se enfrentan en la práctica clínica donde la gran mayoría han atendido de forma habitual a este tipo de enfermos. Los programas formativos no sólo deberían estar incluidos en el curriculum de la enseñanza de pregrado, se deberían fomentar estrategias de actualización o formación continuada, así como promover la investigación en este campo desde las instituciones correspondientes.

- Igualmente se debería de incidir en mejorar las habilidades de comunicación en situaciones difíciles, apoyo emocional y espiritual donde se han encontrado un mayor número de conceptos erróneos y donde los profesionales se encuentran con más inseguridad.
- Existe inquietud y actitudes positivas hacia el cuidado al final de la vida, mostrando gran interés en diferentes áreas de estudio que permitirían habilitar y capacitar a los profesionales de

enfermería para dar una atención de calidad a los pacientes que se enfrentan a este momento crucial de la vida.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este estudio ha sido aprobado por la comisión de Investigación Clínica de la Universidad Pontificia de Comillas y por la comisión de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Móstoles informando de forma detallada sobre la naturaleza, objetivo y metodología del estudio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como puede observarse, las fechas para las reuniones en las diferentes unidades hospitalarias y el envío de las encuestas coincidió con el inicio de la pandemia por COVID19, esto ha supuesto una interrupción y un retraso muy importante en la distribución y en la recepción del formulario, todas las unidades hospitalarias se transformaron en unidades para pacientes con coronavirus, hubo recolocación de profesionales en servicios especiales, y aún en la actualidad algunas unidades permanecen con aislamiento y no se puede acceder a ellas. Se intentó obtener una mayor muestra, enviando de nuevo la encuesta través de correo electrónico en los meses de

septiembre y octubre de 2020, pero esto sumado a la carga asistencial y emocional sufrida por los profesionales de enfermería, posiblemente haya disminuido el porcentaje de participación que se esperaba. El proyecto se circunscribe únicamente a profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Móstoles, los resultados obtenidos pueden no ser representativos de otras zonas o centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid, siendo necesarios futuros estudios con una muestra más amplia que incluya centros de otras áreas geográficas.

Referencias:

- (1) OMS Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Cuidados Paliativos. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es>
- (2) Monografía. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativo. Madrid 2012. ISBN: 978-84-940224-1-8.
- (3) Proyecciones de población 2020-2070. Notas de Prensa. INE 22 de septiembre de 2020. https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf
- (4) Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. BMC Med 2017 Dec;15(1).
- (5) LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (B.O.E. nº 128, de 29 de mayo de 2003).
- (6) Campello Vicente C, Chocarro González L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. Palliat Med 2018 Apr;25(2):66-82.
- (7) Donnelly S, Prizeman G, Coimín DO, Korn B, Hynes G. Voices that matter: end-of-life care in two acute hospitals from the perspective of bereaved relatives. BMC Palliat Care 2018 Oct 19;17(1):117
- (8) OMS. CUIDADOS PALIATIVOS. Datos y cifras. 20 Agosto 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- (9) MONOGRAFÍA SECPAL. Recomendaciones de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos sobre la Formación de Grado de Enfermería. Marzo 2019. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2019/4/Monografia AECPA... · Archivo.pdf>
- (10) Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Recomendaciones básicas sobre formación en Cuidados Paliativos. Palliat Med 2000; 7(1): 23-25
- (11) Arias, N. (Natalia); Garralda, E. (Eduardo); Rhee, J.Y. (John Y.); et al. "EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019". Vilvoorde: EAPC Press, 2019.
- (12) Valles Martínez P, García Salvador I. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. Palliat Med 2011;20(3):111-114.
- (13) Osés M. Actualidad en la formación de cuidados paliativos en los planes de estudio de las facultades y escuelas de Enfermería de España. SEEO, vol. 18 nº3, Agosto 2016. <https://seeo.org/wp-content/uploads/2019/05/48.ag16.pdf>
- (14) Karbasi C, Pacheco E, Bull C, Evanson A, Chaboyer W. Registered nurses' provision of end-of-life care to hospitalised adults: A mixed studies review. Nurse Educ Today 2018 Dec;71: 60-74
- (15) Chover Sierra E. Adaptación y validación de la versión en español del Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN). Un análisis del nivel de conocimientos en cuidados paliativos de profesionales y estudiantes de enfermería españoles. Enero 2019. Tesis Doctoral.

- (16) Achora S, Labrague LJ. An Integrative Review on Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Palliative Care: Implications for Practice. *J Hosp Palliat Nurs* 2019 Feb; 21 (1):29-37
- (17) Lopez-Garcia M, Rubio L, Gomez-Garcia R, Sanchez-Sanchez F, Miyashita M, Medina-Abellan MD, et al. Palliative care knowledge test for nurses and physicians: validation and cross-cultural adaptation. *BMJ Support Palliat Care* 2020 Apr 22.
- (18) M Ross M, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *J Adv Nurs* 1996 Jan; 23 (1):126-137
- (19) Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux YR. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: Validation of the Spanish version of Palliative Care Quiz for Nurses. *PLoS ONE* 2017 Jun 1; 12 (6)
- (20) Hao Y, Zhan L, Huang M, Cui X, Zhou Y, Xu E. Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. *BMC Palliat Care* 2021 Mar 25;20(1):50
- (21) Wilson O, Avalos G, Dowling M. Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *Br J Nurs* (Mark Allen Publishing) 2016 Jun;25(11):600-605
- (22) Gutiérrez Valverde JM, Valdez Ramírez FJ, Guevara Valtier MC, Yazmany Garza Dimas I, Paz Morales, María de los Ángeles, Melchor Santos Flores J, et al. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud. *Revista CONAMED* 2017;22(4):170-173
- (23) Etafa W, Wakuma B, Fetensa G, Tsegaye R, Abdisa E, Oluma A, et al. Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *PLoS one* 2020 Oct 7;15(10).
- (24) Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, et al. A Japanese Region-wide Survey of the Knowledge, Difficulties and Self-reported Palliative Care Practices Among Nurses. *Jpn J Clin Oncol* 2014 Aug;44(8):718-728
- (25) Schnell-Hoehn K, Estrella-Holder E, Avery L. N028 Cardiac Nurses' Knowledge of Palliative Care at a Tertiary Care Facility. *Can J Cardiol* 2012;28(5): S428-S429.
- (26) Eleke C, Azuonwu G, Agu IS, Nnorom RM, Ogini AN, Eleke-Bempong E, et al. Knowledge of palliative care among professional nurses in south east Nigeria: A needs assessment for continuing education. *Int J Afr Nurs Sci* 2020; 13:100237
- (27) Farmani AH, Mirhafez SR, Kavosi A, Moghadam Pasha A, Jamali nasab A, Mohammadi G, et al. Dataset on the nurses' knowledge, attitude and practice towards palliative care. *Data in brief* 2019 Feb;22:319-325
- (28) Chover, Elena & Martínez-Sabater, Antonio & Lapeña-Moñux, Yolanda. (2017). Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* 25. 10.1590/1518-8345.1610.2847
- (29) Hiciano Guillermo AI, Jover Aguilar M, Martínez-Alarcón L. Nivel de conocimientos en cuidados paliativos de las enfermeras; un estudio descriptivo en el Área de Salud VII de la Región de Murcia. *Palliat Med.* 2020; 27(2): 79-87
- (30) Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A. Analysis of Spanish nursing students' knowledge in palliative care. An online survey in five colleges. *Nurs Educ Pract* 2020 Nov; 49:102903



Revisión

La Enfermera Gestora de Casos en oncología: una revisión narrativa

The Nurse Case Manager in the oncology setting: a narrative review

María Belén Soto Simbaña

Nerea Ardanaz Echeverría

Mikel Ibáñez Munarriz

Paula Escalada Hernández

Carmen Zubeldia Inchaurreondo

Cristina García Vivar

IdiSNA. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra.

RESUMEN

Introducción: El cáncer es una patología con elevada morbi-mortalidad, cuya incidencia va a ir aumentando a lo largo de los años. Es por ello, que se necesita de la implementación de nuevos perfiles profesionales en la atención al paciente oncológico, como el de la Enfermera Gestora de Casos (EGC). Este perfil constituye una pieza clave en la atención a los pacientes con cáncer, con el fin

de ofrecer una visión holística, dentro de la complejidad que supone la atención sanitaria a lo largo de las distintas fases del cuidado continuado al cáncer.

Objetivo: Conocer el rol de la Enfermera Gestora de Casos en el ámbito de la oncología.

Método: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos (PubMed, CINAHL, Cuiden...) así como en páginas web oficiales relativas al cáncer. Límites de inclusión: publicaciones de los últimos 10-

15 años (2006-2021), en castellano, inglés y portugués. Se agrupó la información relevante en categorías que atendían a nuestros objetivos.

Resultados: Se obtuvieron 21 publicaciones que se correspondían al tema planteado. Los resultados narrativos exponen la complejidad del rol de EGC, en cuanto a competencias como ámbito de actuación e intervenciones. Además, los resultados positivos que se obtienen de la intervención de la EGC son numerosos. En Navarra esta figura está presente dentro de las Unidades Funcionales Multidisciplinares de atención al cáncer y continúa en desarrollo.

Conclusiones: Se debe fomentar la investigación y desarrollo del perfil de la EGC en el ámbito nacional y su proyección al ámbito comunitario, dado que está presente principalmente en el ámbito hospitalario, siendo la atención a los supervivientes un reto dentro de la atención al cáncer que se podría afrontar desde Atención Primaria. En Navarra, como ejemplo de experiencia en el ámbito nacional, esta figura está presente dentro de las Unidades Funcionales Multidisciplinares de atención al cáncer y continúa en desarrollo.

Palabras clave: Gestión de Casos, Oncología, Cáncer, Enfermería, Rol.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a disease with high morbidity and mortality, and its incidence will increase over the years. That is why new professional profiles are needed to be implemented, such as the Case Management Nurse or better known as Oncology Nurse Navigator (ONN), which constitutes a key element in the care of cancer patients. This profile offers a holistic vision across the complexity of the health care system, throughout the different phases of the cancer care continuum.

Aim: To know the role of the Oncology Nurse Navigator in the oncology care setting.

Method: A bibliographic search was carried out in databases (PubMed, CINAHL, Cuiden ...) as well as in official web pages related to cancer. Inclusion limits: publications of the last 10-15 years (2006-2021), in Spanish, English and Portuguese. Relevant information was grouped into categories that met our objectives.

Results: A total of 21 publications were chosen to fulfill our objectives. The narrative results show the complexity of the ONN role, in terms of competencies as well as the scope of action and interventions. In addition, the positive results obtained from the ONN intervention are

numerous. In Navarra, this figure is present within the multidisciplinary cancer care units and continues to be developed.

Conclusions: Research and development of the ONN profile should be promoted at the national context and be projected to the community, as it is present mainly in the hospital environment. Also, there is a gap in the survivor's care, which is considered a challenge of the cancer care continuum, that could be faced by Primary Healthare. In Navarra, as an example at the national context, this figure is present within the Multidisciplinary Functional Units for cancer care and continues to be developed.

Keywords: Case management, oncology, cancer, nursing, role

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo, como lo es también en España, siendo el cáncer de mama el tumor más diagnosticado en el mundo en el año 2020¹. No obstante, la pandemia de la COVID-19 ha derivado en que las cifras de cánceres diagnosticados en el año 2020 puedan no corresponderse con la realidad¹. Se estima que en el año 2040 el número de casos nuevos de cáncer aumentará a 30,2

millones¹. Respecto al impacto del cáncer en la salud de las personas, se trata de una situación grave y compleja que afecta a todas las esferas de la vida del paciente ²⁻³.

La trayectoria en el sistema sanitario de un paciente diagnosticado de cáncer puede ser una experiencia abrumadora debido a la complejidad del tratamiento y traer consigo diversas necesidades para los pacientes que hay que cubrir. A nivel global, se reconoce que los sistemas sanitarios y la atención al cáncer a menudo se encuentran fragmentados⁴. Igualmente, son numerosos los retos en cuanto a cambios físicos, sociales y emocionales que los pacientes tienen que afrontar⁵. Es por ello por lo que se debe ofrecer una atención personalizada y centrada en el paciente, entrando en juego el papel clave de la Enfermera Gestora de Casos (EGC), dentro de un equipo multidisciplinar⁵. La EGC tiene las habilidades y conocimientos que permiten lidiar con la complejidad del sistema sanitario que atiende a los pacientes oncológicos⁶. Tanto el rol como el objetivo principal de la Gestión de Casos es ayudar a los pacientes a superar las barreras existentes para acceder al cuidado con el propósito de conseguir unos mejores resultados en salud⁴,

reduciendo las altas tasas de mortalidad y morbilidad, eliminando las barreras para un acceso temprano a la atención del cáncer⁷. En este sentido, la EGC es un perfil profesional de enfermera de práctica avanzada, definida por el Consejo Internacional de Enfermería como aquella enfermera que ha adquirido mediante educación más allá del grado universitario, la base del conocimiento experto, la habilidad para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para ejercer este rol, cuyas características están determinadas por el contexto en el que ejerce su práctica⁸.

La Gestión de Casos en oncología nace en el año 1990, en Estados Unidos con Harold Freeman como fundador⁹, médico estadounidense, junto con la Sociedad Americana de Cáncer en el Hospital Harlem de Nueva York¹⁰. Harold identificó que las personas diagnosticadas de cáncer y con pocos recursos, tenían que enfrentarse a barreras geográficas, culturales, socioeconómicas, del propio sistema sanitario, así como barreras lingüísticas y de comunicación, además del racismo y sesgo del proveedor de los servicios sanitarios¹⁰. El modelo original establecido por Freeman¹⁰ no solo iba dirigido a eliminar esas barreras sino también a atender a aquellos

pacientes con diagnósticos en estadios avanzados, con una morbimortalidad alta, con un aumento del sufrimiento, o pocas oportunidades de sobrevivir. Por lo tanto, el principio capital que define la Gestión de Casos de Freeman consiste en un modelo de asistencia centrado en el paciente, en el que no se trata el cáncer, sino a una persona que padece cáncer⁹.

Si bien la Gestión de Casos por Enfermería es conocida y ejercida especialmente en la atención a la cronicidad, la EGC en el ámbito oncológico no ha llegado a definirse como tal. Puede ser por ello que este perfil enfermero ha recibido en el contexto internacional diferentes denominaciones tales como: "Oncology Nurse Navigator", "Nurse Case Manager", "Pivot Nurses" o "Community Matrons". En cualquier caso, la EGC en oncología, definida por la Oncology Nursing Society (ONS), es un profesional con conocimientos específicos en oncología que ofrece asistencia individualizada a los pacientes, familias y cuidadores con el fin de ayudarles a superar las barreras del sistema sanitario^{7,11}. Se diferencian dos tipos en el ámbito internacional¹¹:

- Enfermera Gestora de Casos Principiante. Es una enfermera que ha trabajado dos años o

menos como EGC y que se encuentra alcanzando la experiencia necesaria para desarrollarse al completo en el rol.

- Enfermera Gestora de casos Experta. Es aquella que ha trabajado al menos tres años en el rol y que tiene los conocimientos y experiencia para usar el razonamiento crítico al igual que habilidades

oncológico y su familia, así como los beneficios de su intervención y el área donde ejerce su práctica. Por otro lado, se pretende dar una visión de la situación de la EGC en la comunidad autónoma de Navarra, a modo de ejemplo de una experiencia de la incorporación de la EGC en la atención al paciente oncológico a nivel nacional.

Búsqueda				
Nurse´s role (MeSH)	A	Neoplasms (MeSH)	A	Case Management
OR	N	OR	N	OR
Nurse's Scope of Practice	D	Cancer	D	Patient navigation
		OR		OR
		Tumor		Nurse Navigator
		OR		
		Oncology		

para la toma de decisiones en lo relacionado con la evolución de los procesos de Gestión de Casos y de la propia EGC en oncología.

En el ámbito nacional, la EGC en oncología juega un papel clave en los procesos oncológicos, sin embargo, es un perfil de reciente implantación del que se conoce poco.

OBJETIVO

El objetivo de la presente revisión es identificar y sintetizar la evidencia existente sobre el rol, competencias y funciones que desempeña la EGC en la atención al paciente

Tabla 1. Búsqueda principal en inglés

MÉTODO

Para alcanzar el objetivo planteado se procedió a realizar una revisión bibliográfica narrativa mediante una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL Complete, y Cuiden.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Publicaciones que aborden el rol de la Enfermera Gestora de Casos en oncología	Publicaciones que aborden la Gestión de Casos desde otras disciplinas (ej.: trabajo social)
Publicaciones que traten el cáncer y la oncología desde una perspectiva generalista	Publicaciones centradas en neoplasias específicas (mama, pulmón...)
Artículos de investigación, artículos de discusión, documentos e informes de organismos oficiales y asociaciones científicas	Tesis/trabajos de fin de estudios y ensayos clínicos

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión

Para la búsqueda, se utilizaron las siguientes palabras clave: Gestión de Casos, Oncología, Cáncer, Enfermería, Rol.

Para la búsqueda en las distintas bases de datos, descrita en la Tabla 1, se utilizaron términos MeSH (Medical Subject Headings), como "Nurse's role" o "Neoplasms", así como sus sinónimos, con el fin de hacer una búsqueda más específica y adaptada a nuestro tema de investigación, utilizando los operadores booleanos "AND" y "OR".

En las bases de datos mencionadas se realizó la búsqueda con los términos tanto en inglés como en castellano.

Se ajustó la búsqueda a los siguientes límites: publicaciones de los últimos 10-15 años (2006-2021), en castellano, inglés y portugués y de acceso abierto. Se seleccionaron los artículos en base a los criterios de selección identificados para esta revisión (ver Tabla 2).

Se realizó un análisis crítico de los resultados obtenidos tanto de la bibliografía de ámbito nacional como internacional y se eligieron los que eran relevantes para nuestro tema objeto de

estudio, como se expone en el apartado siguiente.

Además de la búsqueda en bases de datos, con el objetivo de recoger las recomendaciones de organismos relevantes, se llevó a cabo una búsqueda manual en páginas web de las principales asociaciones científicas relacionadas con el cáncer y la oncología, tales como la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) o la Oncology Nursing Society (ONS).

Por último, para conocer la situación específica de la Enfermera Gestora de Casos en una de las comunidades autónomas de España, en concreto la Comunidad Foral de Navarra, se consultó el Plan de Salud de Navarra 2014-2020 y la Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos.

RESULTADOS

Tras la búsqueda en bases de datos se obtuvieron 421 resultados, excluyéndose en su mayoría, restando 14 artículos, tras aplicar los criterios de selección. Por otro lado, se realizó una búsqueda en páginas web de organismos oficiales obteniendo un total de 7 publicaciones. Como se representa en la Figura 1, se seleccionaron un total de 21 publicaciones.

En la Tabla 3, se muestra una síntesis de las publicaciones seleccionadas. La mayoría de las publicaciones seleccionadas para la presente revisión tuvieron autoría estadounidense (n=12; 57,1%), seguida de la española (n=4; 19%) y canadiense (n=2; 9,5%). Se analizaron nueve artículos de revisión

sistemática^{4,6,10,14,15,17,19,22,23}, cinco artículos de investigación^{5,12,16,20,21}

cualitativa, tres planes estratégicos de salud^{13,24,25}, dos informes de organismos oficiales^{11,18}, un estatuto⁷ y un capítulo de libro¹⁰.

Los resultados narrativos se han estructurado en las siguientes categorías: Competencias de la EGC en procesos oncológicos, Ámbito de actuación de la EGC en oncología, Intervenciones de la EGC con el paciente oncológico y su familia, Satisfacción de los pacientes oncológicos con respecto a la EGC y Situación de la EGC en Navarra en la atención al paciente con cáncer, que serán explicadas a continuación.

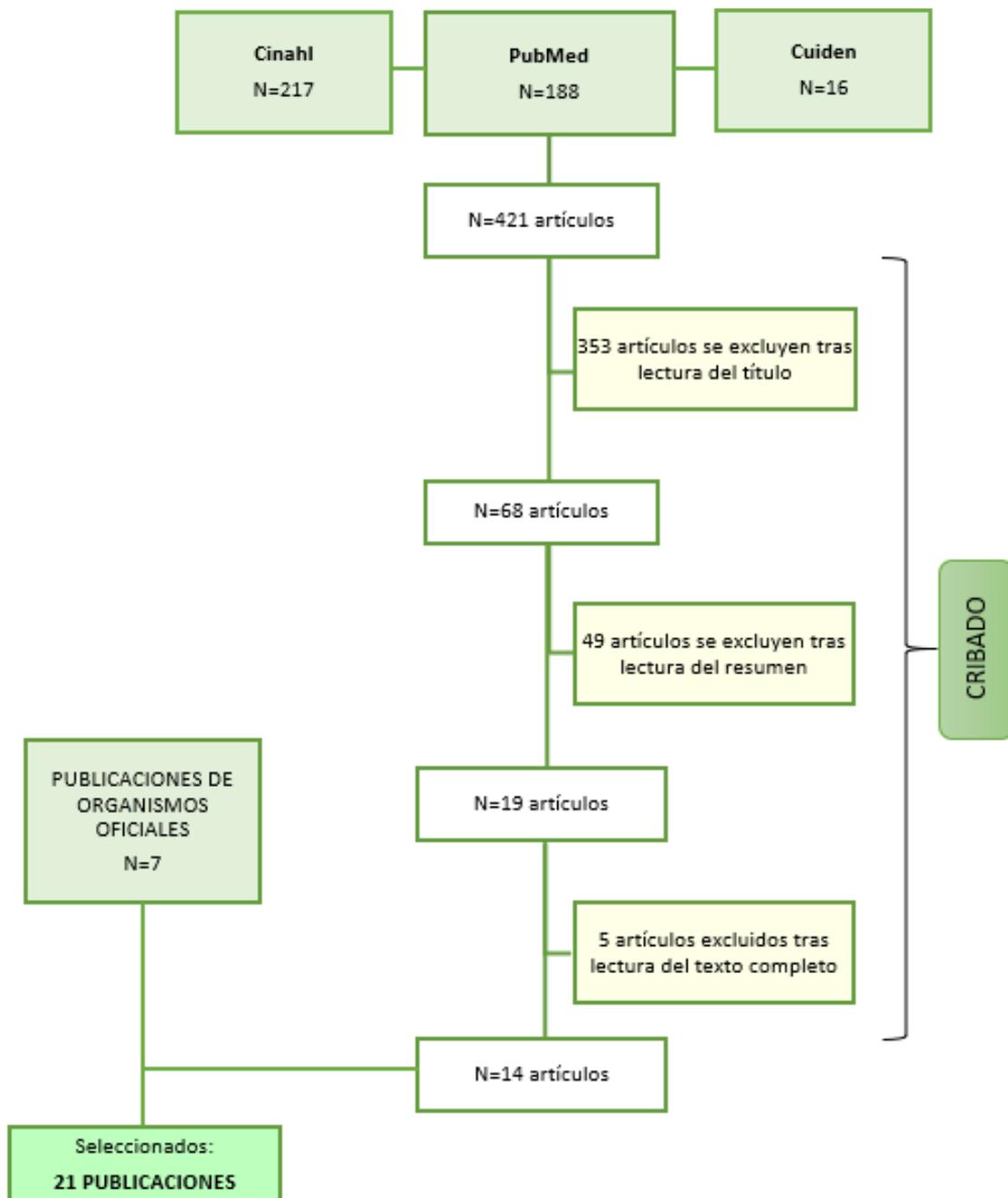


Figura 1. Diagrama referente a la búsqueda bibliográfica



Figura 2. Modelo de atención de la Enfermera Gestora de Casos en oncología.

Competencias de la EGC en procesos oncológicos

La EGC es un miembro importante dentro del equipo multidisciplinar oncológico⁵. Debe tener una serie de competencias específicas,

diferenciadas de la enfermera especializada en oncología¹¹. La ONS, establece un total de cinco áreas competenciales principales^{7,12}: coordinación del cuidado, comunicación, educación (tanto al paciente como entre pares¹³), papel profesional y la de EGC Experta, la cual reúne unas competencias que confiere a la EGC un perfil competente en su totalidad¹²,

incluyendo la labor investigadora¹³.

Estas competencias, se prevé que sirvan como un marco básico para el desarrollo del rol, de la misma manera que se optimiza su eficacia¹². No obstante, aún en publicaciones recientes, se sigue evidenciando la necesidad de crear un marco común que permita estandarizar el rol de la EGC en oncología para su implementación en los sistemas sanitarios¹⁴.

Ámbito de actuación de la EGC en oncología

Debido a la complejidad del ámbito de actuación de la EGC, la ONS desarrolló el Modelo de Atención de la Enfermera Gestora de Casos en oncología^{6,11} (Figura 2), con el que se muestra que la EGC está presente de manera continua durante lo llamado cáncer "continuum"⁴ incluida la supervivencia^{6, 7, 15, 16}, siendo esta área un reto para la Gestión de Casos, como expone McMullen¹⁷. No obstante, no existe consenso acerca del momento en el que entra en juego la EGC¹⁷.

La EGC en oncología generalmente, suele llevar a cabo sus funciones en el ámbito hospitalario, dentro de las unidades multidisciplinares¹⁸. Aunque cada etapa es única, los

principios y objetivos de la Gestión de Casos son consistentes y uniformes, dirigidos a mejorar y apoyar una atención al cáncer de calidad⁴.

Intervenciones de la EGC con el paciente oncológico y su familia

El perfil de la EGC se ha incorporado en la atención continua al cáncer como un medio para proveer de una atención temprana óptima centrada en el paciente, gestionando el curso de la enfermedad del paciente con cáncer y su familia¹⁷, a través del sistema sanitario de una forma de lo más sencilla e informada posible¹⁸. Según McMullen¹⁷, la Enfermera Gestora de Casos "lo hace todo" y las actuaciones y responsabilidades están determinadas por el área donde ejercen su práctica.

La EGC puede desempeñar distintas actividades (Tabla 3), algunas comunes a la Gestión de Casos en otros procesos¹⁸: gestión de barreras; educación al paciente y familia; ayudar al paciente en los distintos niveles asistenciales y servicios, a la vez que se colabora con el equipo multidisciplinar^{4,9,10}; y aportar o complementar información que ofrecen los profesionales del equipo multidisciplinar¹⁸.

Tabla 3. Síntesis de artículos seleccionados para la revisión. Fuente: Elaboración propia

AUTOR/PAÍS/AÑO	TIPO DE PUBLICACIÓN	TEMAS QUE ABARCAN	OBJETIVO	RESULTADOS
Baileys K et al, EE.UU., 2018 (12)	Artículo de investigación (cualitativo)	<ul style="list-style-type: none"> - Visión General - Competencias - Ámbito de actuación 	Identificar las responsabilidades actuales de la enfermera gestora en oncología y diferenciar la enfermera gestora principiante de la experta.	Se exponen las diferencias del rol entre los informes realizados en el año 2013 y el 2017 por la Sociedad de Enfermeras Oncólogas, además de las responsabilidades que tiene en su práctica. Por otro lado, se muestran dos modelos para aclarar el alcance que puede llegar a tener este rol, dado que actúa en muchos ámbitos: prevención y screening, diagnóstico, tratamiento, supervivencia, cáncer avanzado y metastásico y final de la vida.
Cantril C et al, EE. UU., 2013 (4)	Artículo de revisión	<ul style="list-style-type: none"> - Visión General - Competencias - Ámbito de actuación - Intervenciones 	Estudiar la evolución y situación actual, los retos y sugerir necesidades de educación y de investigación en torno a la Gestión de Casos en el ámbito de la oncología.	A pesar de que los programas de navegación estén implementados en numerosos lugares, hay grandes desafíos con el fin de definir el rol de la EGC (preparación, cualificación, trabajo a desarrollar).
Cantril C, EE. UU., 2014 (10)	Capítulo de libro	<ul style="list-style-type: none"> - Visión general - Intervenciones 	Introducir el perfil de la Enfermera Gestora de Casos en oncología.	Se exponen las tareas/actuaciones principales de la Enfermera Gestora de Casos en el

AUTOR/PAÍS/AÑO	TIPO DE PUBLICACIÓN	TEMAS QUE ABARCAN	OBJETIVO	RESULTADOS
				ámbito de la oncología, además de las áreas de conocimientos y las habilidades. La EGC es capaz de ayudar tanto en la dimensión física como psicosocial del paciente y familia.
Cantril C et al, EE.UU., 2019 (14)	Artículo de revision	- Ámbito de actuación - Rol estandarizado	Examinar la preparación educativa, las responsabilidades y la comprensión del papel de la EGC entre dos sistemas de salud.	Los resultados evidenciaron la falta general de comprensión del papel y las responsabilidades de la EGC, y variedad en el ámbito de trabajo; la preparación e implementación de roles inconsistentes; el seguimiento aleatorio de métodos de evaluación; y la insuficiencia de recursos para llevar a cabo el trabajo de EGC.
Case MA, EE. UU., 2011 (23)	Artículo de revisión	- Satisfacción	Explorar la presencia de la enfermera de oncología en puestos de Gestión de Casos, atendiendo a resultados medibles de los pacientes.	Las enfermeras deben aprovechar las oportunidades para ofrecer el perfil de EGC en el ámbito de la oncología, con el fin de asegurar un pase por el sistema sanitario seguro desde un diagnóstico precoz hasta la obtención de resultados relacionados con los costes de la atención.
Consejería de Salud de Andalucía, España, 2018 (13)	Documento Plan Integral de Oncología	- Visión general - Competencias	Definir el servicio que ofrece la EPA-POC, estableciendo su filosofía, misión, visión y	La EPA-POC debe asegurar una atención holística del paciente con cáncer complejo

AUTOR/PAÍS/AÑO	TIPO DE PUBLICACIÓN	TEMAS QUE ABARCAN	OBJETIVO	RESULTADOS
			valores, además del perfil competencial.	y familia, eliminando las barreras que impidan el acceso a una atención continua. Las áreas competenciales que debe dominar la EPA_POC son: investigación y practica basada en la evidencia liderazgo clínico y profesional; relaciones interprofesionales y de consultoría; gestión de cuidados, calidad, seguridad y sostenibilidad; y docencia y formación continuada.
Cook S et al, Canadá, 2013 (19)	Artículo de revisión	- Ámbito de actuación	Estudiar las áreas de actuación de la EGC y las competencias asociadas a dichas áreas.	Las EGC en oncología están en una posición clave para aumentar el empoderamiento de pacientes y familiares y mejorar la continuidad en el cuidado. Las áreas de actuación que resultan del estudio son la educación, coordinación y apoyo emocional.
Departamento de Salud, España, 2013 (25)	Plan estratégico	- Situación en Navarra EGC	Estudiar la figura de la EGC en la atención al paciente oncológico en Navarra, si la hubiera.	Con carácter general la Gestión de Casos se realizará desde Atención Primaria. Este perfil contará con competencias avanzadas para supervisar el desarrollo de la Estrategia en el centro y serán referentes para los casos complejos

AUTOR/PAÍS/AÑO	TIPO DE PUBLICACIÓN	TEMAS QUE ABARCAN	OBJETIVO	RESULTADOS
Departamento de Salud, España, 2014 (24)	Plan de Salud	- Situación Navarra EGC	Conocer las estrategias que incluyan la Gestión de Casos con respecto al paciente oncológico.	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 hospitalarios y metodología de la gestora de casos.
Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, España, 2013 (18)	Informe oficial	- Visión general - Intervenciones - Ámbito de actuación	Poner a disposición de las organizaciones sanitarias criterios para la organización y gestión de las unidades asistenciales del cáncer, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica.	La Enfermera Gestora de Casos en el ámbito del cáncer, dentro del equipo multidisciplinar, debe velar por que el plan de cuidados se cumpla, además de atender a las necesidades que se le presentan al paciente en las distintas etapas del proceso asistencial.
Esparza A, EE. UU., 2013 (10)	Artículo de revisión	- Visión general - Intervenciones	Revisar la evolución, implementación y desarrollo del Programa de Navegación de la Sociedad Americana contra el Cáncer.	La Sociedad Americana contra el Cáncer continúa ejerciendo un papel clave en liderar la Gestión de Casos, mejorando el acceso de los pacientes a la asistencia y su movimiento a través del sistema sanitario a la vez que se ofrece una asistencia centrada en el paciente, mejora de la calidad de vida y eliminando las

AUTOR/PAÍS/AÑO	TIPO DE PUBLICACIÓN	TEMAS QUE ABARCAN	OBJETIVO	RESULTADOS
				diferencias que puedan surgir en la asistencia.
Felipe Pautasso F et al, Brasil, 2018 (6)	Artículo de revisión	- Visión general - Ámbito de actuación	Revisar las publicaciones científicas referentes a los enfermeros que actúan como Gestores de Casos en el ámbito de la oncología.	Aunque los estudios son recientes, el rol de la EGC es necesario. Ofrece un servicio esencial para ofrecer una atención de calidad.
Loiselle CG et al, Canadá, 2020 (5)	Artículo de investigación (cualitativo)	- Competencias - Satisfacción	Examinar cómo los pacientes oncológicos a los que se les ofrece una EGC perciben su cuidado a diferencia de los que no se incluyen en la gestión.	Las experiencias en la atención en el cuidado del paciente con cáncer al igual que la satisfacción es mayor en el grupo con una EGC implicada en su cuidado, en todas las variables estudiadas.
Lubjeko BG et al., EE. UU., 2017 (16)	Artículo de investigación (cualitativo)	- Ámbito de actuación - Intervenciones	Exponer los resultados de un estudio realizado para establecer si es necesaria una certificación especial para ejercer de EGC en el ámbito de la oncología.	El rol de la Enfermera Gestora de Casos en oncología está evolucionando. No se encuentran resultados concluyentes que haga necesario establecer un certificado para ejercer este rol.
McMullen L, EE. UU., 2018 (17)	Artículo de revisión	- Intervenciones - Ámbito de actuación	Discutir el rol y desafíos de la Enfermera oncológica Gestora de Casos, que trabaja con un equipo multidisciplinar a cargo de la asistencia de pacientes con distintos tipos de cáncer.	La Enfermera Gestora de Casos en oncología necesita que se defina su rol. Es la encargada de promover resultados positivos en los pacientes, suministrando continuidad en el cuidados y buenas comunicaciones con el equipo y el paciente. El rol de la EGC tiene que ser flexible,

AUTOR/PAÍS/AÑO	TIPO DE PUBLICACIÓN	TEMAS QUE ABARCAN	OBJETIVO	RESULTADOS
Oncology Nursing Society, EE.UU., 2017 (11)	Informe oficial	- Competencias	Actualizar las competencias de las enfermeras navegadoras en oncología.	al igual que el sistema sanitario cambia. La Sociedad de Enfermeras Oncólogas describen los conocimientos fundamentales y habilidades que debe tener una enfermera principiante en este rol en sus primeros dos años. La EGC tiene que ser competente en las siguientes áreas: comunicación, educación, coordinación del cuidado y rol profesional. A las grandes competencias expuestas en el año 2013, se le añade una nueva: la de enfermera navegadora experta.
Oncology Nursing Society, EE.UU., 2018 (7)	Estatuto	<ul style="list-style-type: none"> - Competencias - Ámbito de actuación - Satisfacción 	Definir el rol de la Enfermera Gestora de Casos en el ámbito de la oncología.	Las competencias centrales de la EGC en oncología incluyen la coordinación del cuidado, comunicación, educación y rol profesional, trabajando en base a la evidencia. Provee de educación y recursos para que el paciente tome decisiones informadas, acceda de forma temprana a una atención de calidad y ofrece cuidado psicosocial a lo largo de toda la trayectoria del cáncer.

AUTOR/PAÍS/AÑO	TIPO DE PUBLICACIÓN	TEMAS QUE ABARCAN	OBJETIVO	RESULTADOS
Shejila CH et al., India, 2015 (15)	Artículo de revisión	- Ámbito de actuación	Explorar el rol de la Enfermera Gestora de Casos en el proceso oncológico.	La Gestión de Casos realizada por enfermeras es una estrategia para mejorar el cuidado administrado al paciente oncológico al igual que los resultados clínicos.
Wagner EH et al, EE. UU., 2014 (20)	Artículo de investigación (estudio controlado aleatorizado, cualitativo)	- Satisfacción	Determinar si la intervención de la EGC mejora la calidad de vida y la experiencia del paciente recién diagnosticado con cáncer.	No se encontraron grandes diferencias en los resultados obtenidos en cuanto a la calidad de vida. Las EGC que intervienen apoyando a los pacientes, mejoran la experiencia del paciente y reducen los problemas que se le presentan en el cuidado.
Yackzan S et al, EE. UU., 2019 (21)	Artículo de investigación (cualitativo)	- Satisfacción	Evaluar el efecto que produce el contacto de un paciente oncológico con una Enfermera Gestora de Casos.	Para todos los ítems evaluados, los resultados fueron mejores en el grupo al que se asignó una EGC y por lo tanto mayor satisfacción, en cuestiones de cuidados enfermeros, educación, cuidado general, consejos, coordinación, tiempos de espera y recomendaciones.
Zadeh H et al, Qatar, 2020 (22)	Artículo de revisión	- Satisfacción	Explorar el rol de las EGC en oncología y la implicación de este rol si se implantase en Qatar.	Las EGC en la atención al paciente oncológico aumentan su satisfacción dado que les proveen de educación, información, soporte emocional y empoderan al paciente para que puedan llevar un autocontrol de los síntomas.

AUTOR/PAÍS/AÑO	TIPO DE PUBLICACIÓN	TEMAS QUE ABARCAN	OBJETIVO	RESULTADOS
				Además, facilitan la coordinación entre equipos asistenciales y reducen las barreras que se puedan encontrar en el sistema. Es por ello que introducir este rol en Qatar puede ser beneficioso.

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 multidisciplinares 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.

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (NANDA 00120, 2021)
Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual. (NANDA 000120).

TRASTORNO DOLOR GENITO-PELVICO/PENETRACION DSM5 302.76 (F52.6)

DOLOR AGUDO (NANDA 00132, 2021)
Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, con un final previsible y una duración menor a seis meses. En relación con la sexualidad.

El Vaginismo es un dolor profundo y limitante que se produce en la entrada de la vagina debido a una contracción involuntaria de la musculatura que la conforma. Existen dos tipos de Vaginismo el primario que existe desde siempre. Y el secundario que se produce a partir de un suceso doloroso o cambio brusco.
Mientras que la Dispareunia es el dolor o quemazón que se produce al tratar de introducir cualquier elemento en la cavidad vaginal.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA (NIC):

Escucha activa: Necesitamos saber cuáles son sus creencias su conocimiento y su actitud hacia la sexualidad para adecuar nuestro discurso, para mejor adhesión al tratamiento y mayor seguridad para las pacientes.

Identificación de riesgos.

Edad, relación con la sexualidad.

Educación y Asesoramiento sexual.

Anatomía: Es necesario saber si la mujer conoce su cuerpo. Esto nos dará pistas sobre la relación que ha tenido con su sexualidad a lo largo de su vida. Podemos tener una vulva, vagina y clítoris artificial como apoyo visual.

Ejercicios de suelo pélvico, aprender a conocer nuestra musculatura será beneficioso a la hora de intentar relajar la zona.

Higiene correcta: Desmontando mitos sobre productos de higiene íntima que pueden ser contraproducentes. Evitando jabones, protectores higiénicos, desodorantes, etc [26].

Lubricación Natural a través de la estimulación del clítoris y movimiento pélvico. A través de movimientos rotatorios de la pelvis y/o de oscilación de la cadera. Masajear la parte inferior de la entrada de la vagina con aceites respetuosos con la mucosa vaginal y vulvar. Y por último la utilización de estimulación tipo succión sobre el clítoris [23].

Los dilatadores: Se seleccionará el adecuado al tamaño vaginal. Interesa ir despacio y no forzar, para no ocasionar miedo ni inseguridades, por ejemplo.

Autoconocimiento y autoerotismo

Modificación de conductas

Buscar la sensibilidad de todo el cuerpo, no solo de los genitales

Maniobras de relajación corporal.

Reactivar el deseo a través de juegos, videos, libros.

La anorgasmia, entendida como la ausencia o la incapacidad de sentir un orgasmo. Un orgasmo es sin más una descarga clónica, espasmódica e involuntaria de la musculatura genital.

Para intentar paliar dicha dificultad:

1. Descartar cualquier tipo de problema físico que explicara esta dificultad ya sea por el propio tumor o resultado de los tratamientos recibidos.

2. Mantener un buen tono muscular de la zona pubo-coxígea. Recordemos que para que se produzca un orgasmo se va a necesitar una respuesta vaso-congestiva local y otra primordialmente muscular.

Original

Eficacia de un programa de formación individualizado para enfermeras noveles en hospital de día

Effectiveness of an individualized training program for novel nurses in day hospitals

Magdalena Batle Vidal

Hospital Universitario Son Espases; magdalena.batle@ssib.es

Resumen: La complejidad de la terapia antineoplásica puede dar lugar a errores de administración de medicación, teniendo consecuencias para el paciente con un elevado coste humano, social y sanitario. La experiencia profesional y la cualificación especializada son aspectos claves. En este sentido es necesario encontrar fórmulas para mejorar la incorporación de las nuevas enfermeras. Los programas de mentoría son un sistema de formación inicial para profesionales de nueva incorporación. Ofrecen la oportunidad de que los enfermeros noveles tengan un período de adaptación a su nuevo rol profesional, teniendo como referencia a una enfermera experta, encargada de orientar, formar y evaluar a estos nuevos profesionales.

Objetivo. Conocer la eficacia de un programa de formación y tutorización, para mejorar la práctica clínica de los enfermeros noveles.

Método. Estudio cuasi experimental pre/post-test, en el que participaron 22 enfermeras de nueva incorporación en Hospital de Día de Adultos (HDDA) del Hospital Universitario Son Espases (HUSE), desde abril 2019 a noviembre 2020. La intervención consistió en diseñar y desarrollar un programa de formación individualizado. Se utilizó la técnica de panel de expertos, tomando como referencia el método DACUM, que permitió identificar las competencias para trabajar en la unidad, además de proporcionar una ruta de aprendizaje.

Resultados. La muestra la constituyeron 22 enfermeras. De las diferentes variables, en la pre-formación se obtuvo: el 18,1% (n=4) desconocía el concepto de enfermedad oncológica y el 22,7% (n=5) el de enfermedad hematológica. En la administración de citostáticos, el 22,7% (n=5) desconocía por qué se administraban los tratamientos y el 27,2% (n=6) no sabía para qué se administraban.

No utilizaban y manejaban los catéteres de vía central el 40,9% (n=9). El 45,4% (n=10) no consultaba los protocolos. El 31,8% (n=7) no registraba de forma correcta analíticas y recogidas de muestras biológicas.

Conclusiones. La formación teórica y práctica, facilita la integración y adaptación de los profesionales noveles.

El diseño y desarrollo del programa ha servido para establecer las competencias específicas. Es necesario implicar a los gestores de nuestros hospitales para posibilitar su implementación ya que es una apuesta por la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la satisfacción de los profesionales.

Palabras Clave: seguridad del paciente, Educación Basada en Competencias, tutoría, educación continua.

Abstract. The complexity of the antineoplastic therapy can lead to medication administration errors, having consequences for the patient as well as a high human, social and health cost. Professional experience and specialized qualification are key aspects. For this reason, it is necessary to find methods to improve the incorporation of new nurses.

Mentoring programs are an initial training system for new professionals.

They offer the opportunity for new starter nurses to have a period of adaptation to their new professional role, having as reference an expert nurse, in charge of guiding, training and evaluating these new professionals.

Objective, Know the effectiveness of training and mentoring program to improve the clinical practice of new nurses.

Methods, Quasi- experimental study pre/post-test done from April 2019 until November 2020, in which 22 new nurses in Oncology Day care unit of Son Espases University Hospital participated. The aims of the study were design and develop an individualized training program. The expert panel technique was used, taking as reference the DACUM method, which allowed identifying the competences to work in the unit, and provide a new learning path.

Results, Central line catheters were not used and managed by 40.9% (n=9). The 45.4% (n=10) did not consult protocols and the 31.8% (n=7) did not register correctly neither the blood samples nor other biological samples.

In pre-training, it was obtained that: 18.1% (n=4) were unaware of the concept of oncological disease and the 22.7 (n=5) were not aware of the concept of haematological disease.

In relation to the administration of cytostatic treatment, the 22.7% (n=5) did not know why the treatments were administered and 27.2 % (n=6) did not know for which reason were administered.

Conclusions, Theoretical and practical training facilitates the integration and adaptation of new professionals.

The design and development of the program has served to establish specific competencies. It is necessary to involve the managers of our hospitals to enable its implementation since it is a commitment to quality of care, patient safety and the satisfaction of professionals.

Key words, Patient Safety, Competency-Based Education, Mentoring, Education, Continuing.

1. Introducción

Se entiende como "Hospitalización de Día" (HDD) la asistencia en el hospital durante unas horas ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital" (2). En la actualidad son los dispositivos asistenciales más utilizados para la administración de tratamientos.

Nuestro HDDA es polivalente, se encuentra dentro del Hospital Universitario Son Espases (HUSE), en Palma de Mallorca, es el hospital de referencia de las Islas Baleares. El paciente oncohematológico representa el 80% de nuestra actividad. Estructuralmente se divide en dos zonas bien diferenciadas: zona de consultas y zona de tratamientos, la cual consta de 24 butacas y 7 camas.

El personal de enfermería es una pieza clave dentro de la unidad, administra una medicación catalogada de medicamentos peligrosos (9), cada vez más compleja, con fármacos más selectivos y específicos que precisan de un protocolo de administración y una formación específica para su administración.

El National Institute for Occupational Safety and Health

(NIOSH) del Departamento de Salud de EEUU actualizó la lista de estos medicamentos y sus recomendaciones:

“su administración será restringida al personal sanitario que este informado de sus efectos tóxicos, tenga una experiencia suficiente en el manejo y conozca las medidas de actuación en caso de derrame, rotura o cualquier otro accidente” (9).

La complejidad de la terapia antineoplásica empleada puede dar lugar a errores de administración de medicación, teniendo consecuencias para el paciente con un elevado coste humano, social y sanitario. Los principales estudios de efectos adversos en España ENEAS (2005), APEAS (2007), SYREC (2007), EVADUR (2009), EARCAS (2010-2011), coinciden en el alto grado de evitabilidad de los efectos adversos, un 50% en los hospitales si se implanta la metodología adecuada de trabajo y la informatización de los procesos clave (13).

Diversos estudios destacan la experiencia profesional y la cualificación especializada como aspectos que deben tenerse en cuenta en el momento de la contratación de los enfermeros que van a trabajar con terapias antineoplásicas. Recalcan la necesidad de encontrar fórmulas para mejorar la incorporación de las nuevas enfermeras a los puestos de trabajo como la

tutorización o los períodos de adaptación (3-6-7-8-10).

“Los programas de mentoría son un sistema de formación inicial integrada en el NHS (National Health System) para profesionales de Enfermería de nueva incorporación. Estos programas ofrecen la oportunidad de que los enfermeros noveles tengan un período de adaptación a su nuevo rol profesional, teniendo como referencia a una enfermera experta, encargada de orientar, formar y evaluar a estos nuevos profesionales, dentro de su ámbito laboral específico, y así potenciar la motivación profesional y garantizar una prestación de cuidados basados en la evidencia, encaminados a alcanzar la excelencia y la seguridad del usuario” (10).

Con la finalidad de orientar a los profesionales de nueva incorporación, facilitando la adaptación a su nuevo rol e integrándolos dentro de la Unidad, se diseñó un programa de mentoría que incluía las competencias básicas de la enfermera de HDDA. El objetivo del trabajo es evaluar la eficacia del programa para mejorar la práctica clínica de los enfermeros noveles de HDDA.

2. Materiales y Método

Se desarrolló un estudio cuasi experimental pre/post-test, en el que participaron 22 enfermeras de nueva incorporación de la unidad de HDDA del HUSE de Palma de Mallorca, de abril 2019 a noviembre 2020.

Las variables principales del estudio fueron: edad, sexo, nacionalidad, experiencia en oncología/hematología y las secundarias, relacionadas con las competencias propias de la unidad.

La intervención consistió en diseñar y desarrollar un programa de formación individualizado. Se utilizó la técnica de panel de expertos, tomando como referencia el método DACUM (Developing a Curriculum), que permitió identificar las competencias indispensables para trabajar en la unidad además de proporcionar una ruta de aprendizaje.

Se diseñó el proceso de aprendizaje en dos fases: La primera fase correspondería al área de extracciones y consulta de enfermería y la segunda, a la zona de tratamientos. Cada una de una semana de duración. El resultado fue la descripción del puesto de trabajo a partir de las competencias enfermera HDDA, creándose dos listados de verificación (Anexo 1 y Anexo 2) y realizando un registro de

capacitación de enfermeras para el cuidado del paciente.

La enfermera novel estuvo acompañada por una enfermera experta que asumió la responsabilidad de orientar/enseñar a través de la transferencia de la experiencia. Para evaluar el efecto de la formación, cada variable se puntuó según una escala likert de 5 puntos (0-4).

Fase 1. Consta de 4 apartados. Se evalúa el listado en tres momentos (Anexo1)

Pre-formación o conocimientos previos. Fase de autoevaluación: identifica y pondera su desempeño en el cumplimiento de una determinada actividad, o en el modo de manejar una situación.

Post-formación. Al finalizar la primera semana de mentoría, la enfermera novel realizara una nueva autoevaluación,

Valoración conjunta. Entre la tutora y la novel. Mediante entrevista con la tutora, se valorarán las puntuaciones realizadas por la novel comparando su evolución.

Para superar esta fase las puntuaciones de los 5 apartados tendrán que ser igual o superior a 3. Si las puntuaciones son < 3 se reforzarán en la fase 2.

Fase 2. Consta de 5 apartados que se evalúan en dos momentos (Anexo2) Post-formación. Autoevaluación de su formación Valora cita,

coenfermera tutora y la supervisora. Para superar esta fase, se deberá tener una puntuación igual o > 3 en cada apartado.

Pueden darse varios escenarios: Si la puntuación es < 3 en un apartado se valorará reforzar las variables no alcanzadas.

Si la puntuación es < 3 en dos o más apartados se reforzará la formación una semana más.

Las técnicas de recogida de datos son: la entrevista, la observación y el listado de verificación. Los resultados se obtuvieron a través de un vaciamiento de los listados, utilizando la misma matriz en la cual se fueron registrando las puntuaciones finales. Se obtuvieron los porcentajes de cada variable. Se solicitó el consentimiento de los participantes en el estudio.

3. Resultados

La muestra la constituyeron 22 enfermeras, 18 mujeres y 4 varones, de nacionalidad española. 5 con experiencia, en servicios relacionados con nuestra actividad, durante más de 3 meses, 2 de ellos en hospitales extranjeros. La media de edad es de 28 años. Tuvimos 5 abandonos, uno en la primera fase, por renuncia de contrato, los otros cuatro en la segunda fase, 2 por problemas personales y 2 por cambio de servicio.

Del análisis de los resultados de la primera fase se obtuvo:

El 18,1% (n=4) desconocía el concepto de enfermedad oncológica y el 22,7% (n=5) el de enfermedad hematológica, al preguntar para qué se administran los tratamientos citostáticos el 27,2% (n=6) manifestó desconocerlo y el 22,7% (n=5) no sabía por qué se administran.

En la post-formación y valoración conjunta los conocimientos aumentaron notablemente. Sin embargo, en este apartado no supero la formación el 4,8% (n=1) en el concepto de enfermedad oncológica, y el 14,3% (n=3) en el concepto de enfermedad hematológica. El 4,8%, (n=1) el por qué se administran los tratamientos, el 9,6% (n=2) para qué se administran los tratamientos citostáticos y el 4,8% (n=1) manifestaba no conocer el HDDA.

En el apartado de cuidados y mantenimiento de catéteres vía central, en la pre-formación, las enfermeras manifestaron no tener conocimientos del cuidado y mantenimiento del catéter HICKMAN el 72,7% (n=16), del RSC el 54,5% (n=12), del PICC el 45,4% (n=10) y el 40,9% (n=9) no había utilizado catéteres de vía central.

En la Post-formación y valoración conjunta, no completaron cuidados de los HICKMAN el 23,8% (n=5) y

PICC el 14,3% (n=3). Mientras que el total de enfermeras supo manejar el RSC. Resaltar que durante la formación 2 enfermeras dijeron que no habían podido formarse en el catéter HICKMAN debido a que no se utilizó durante el periodo de formación.

En la utilización de diferentes programas y protocolos, en la preformación el 95,4% (n=21) desconocía los circuitos de citaciones, el 81,8% (n=18) los programas específicos de la Unidad, el 81,8% (n=18), no conocía la ubicación de los protocolos, el 81,8% (n=18), no los consultaba el 45,4% (n=10) y el 31,8% (n=7) no registraba de forma correcta analítica y recogida de muestras biológicas. Después de la formación sigue habiendo enfermeras que se puntuaron con escaso conocimiento, el 52,4% (n=11) manifiesta no conocer los circuitos, el 33,4% (n=7) los programas, el 23,8% (n=5) no consultaba protocolos y el 14,8%, (n=3) no conocía su

ubicación, no los seguía consultando un 23,8% (n=5) y seguía sin registrar de forma correcta el 19,4%. (n=4). En la valoración conjunta subieron las puntuaciones(tabla1)

Del análisis de los resultados de la segunda fase se obtuvo:

El 100% supero la formación en normas de seguridad. En el registro de los diferentes programas, el 5,9% (n=1) no supero la variable: conecto y finalizo el tratamiento del paciente con y sin el programa OncoSafety Remote Control® En la administración de citostáticos, el 5,9% (n=1) no identificaba y actuaba correctamente ante los signos de alarma.

En la actitud, el 11,8% (n=2) se autoevaluó negativamente en cuanto al cuidado integral e individualizado del paciente, cambiando al 0% en la valoración conjunta. El 5,9% (n=1) no hacía educación sanitaria al paciente ni a la familia.

3.1 Materiales de Investigación (tabla 2)

Anexo 1, listado verificación pre-post y valoración conjunta formación, Fase 1

Puntuaciones: 0 (ningún conocimiento)

1 (escaso conocimiento)

2 (moderado conocimiento)

3 (sustancial conocimiento)

4 (extenso conocimiento)

<i>Listado Verificación: Evaluación conocimientos personal de enfermería de nueva incorporación en Hospital de Día Adultos (HDDA)</i>		
<i>Criterios de evaluación</i>	<i>Puntuación (0 a 4)</i>	<i>Comentarios</i>
<i>1ª Semana</i>		
<i>Conoce la estructura física de la unidad</i>		
<i>Conoce la localización del material utilizado en una jornada</i>		
<i>Conoce el Hospital de día de adultos</i>		
<i>Utiliza y maneja los catéteres de vía central</i>		
<i>Conoce y realiza la técnica de cuidados y mantenimiento del catéter Hickman</i>		
<i>Conoce y realiza la técnica de cuidados y mantenimiento del RSC</i>		
<i>Conoce y realiza la técnica de cuidados y mantenimiento del PICC</i>		
<i>Conoce los circuitos de citaciones de la unidad</i>		
<i>Conoce el programa power chart, libro de citas, Blue, Farmis y oncosafety®</i>		
<i>Mantiene una actitud respetuosa con los pacientes</i>		
<i>Llama por su nombre a los pacientes</i>		
<i>Comprende y conoce el concepto enfermedad oncológica</i>		
<i>Comprende y conoce el concepto enfermedad hematológica</i>		
<i>Comprende el por qué se administran tratamientos citostáticos</i>		
<i>Comprende para qué se administran tratamientos citostáticos</i>		
<i>Capacidad y facilidad de Integración en el equipo de trabajo</i>		
<i>Conoce la ubicación de los protocolos de la unidad</i>		
<i>Consulta los protocolos</i>		
<i>Participa en el proceso propio de aprendizaje</i>		
<i>Registra de forma correcta analíticas y recogidas de muestras biológicas</i>		

Anexo 2, Listado verificación post y valoración conjunta formación, Fase II.

Puntuaciones: 0 (nunca demostrado)

1 (raramente demostrado)

2 (a veces demostrado)

3 (frecuentemente demostrado)

4 (siempre demostrado)

Listado Verificación: Evaluación de procedimientos del personal de enfermería de nueva incorporación en Hospital de Día Adultos (HDDA)		
Criterios de evaluación	Puntuación (0 a 4)	Comentarios
2ª Semana		
Confirmando la identificación del paciente antes de realizar un procedimiento		
Confirmando el procedimiento y verifico el equipo y material necesario antes de iniciarlo		
Iniciativa: procedo por iniciativa propia		
Capacidad para preguntar al equipo ante las dudas		
Conecto y finalizo el tratamiento del paciente con y sin el programa Oncosafety®		
Conozco y utilizo los EPIS según la normativa reciente		
Recojo el material al finalizar una técnica o procedimiento y lo desecho en el contenedor adecuado		
Reviso y registro en la historia clínica los planes y aspectos principales de los cuidados posteriores		
Realizo y registro de forma adecuada los procedimientos básicos		
Identifico y actúo correctamente ante signos de alarma (extravasaciones, reacciones anafilácticas...)		
Administro de forma segura y correcta los tratamientos citostáticos (las 5 normas)		
Programo los diferentes parámetros de la sesión de tratamiento a través de los distintos programas informáticos (oncosafety®, oncofarm®, millenium®, Blue®)		
Identifico y resuelvo problemas detectados por alarmas de bombas, pda, monitor		
Identifico, registro y administro correctamente los tratamientos no citostáticos		
Resuelvo complicaciones relacionadas con accesos vasculares (obstrucciones, infecciones, problemas de flujo...)		
Conozco y utilizo los conceptos teóricos para la toma de decisiones en la práctica		
Ofrezco un cuidado integral e individualizado		
Actualizo mis conocimientos teóricos		
Preservo la dignidad, confidencialidad y la intimidad, a pesar de las limitaciones estructurales y organizativas		
Enseño y facilito al paciente a realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda llevar a cabo el mismo con una interpretación adecuada		
Enseño a la familia o cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas que puedan llevar a cabo con una interpretación adecuada		

3.2 Resultados Investigación, Fase 1

	PRE- FORMACIÓN (n=22)	POST- FORMACIÓN (n=21)	VALORACIÓN CONJUNTA (n=21)
Conocimientos Básicos			
Conoce HDDA	SI-9,2% (n=2)	SI-95,2% (n=20)	SI-95,2% (n=20)
	NO-90,8% (n=20)	NO-4,8% (n=1)	NO-4,8% (n=1)
Comprende y conoce el concepto de enfermedad oncológica	SI-81,9% (n=18)	SI-100% (n=21)	SI-95,2% (n=20)
	NO-18,1% (n=4)	NO-0% (n=0)	NO-4,8% (n=1)
Comprende y conoce el concepto de enfermedad hematológica	SI-77,3% (n=17)	SI-90,4% (n=19)	SI-85,7% (n=18)
	NO-22,7% (n=5)	NO-9,6% (n=2)	NO-14,3% (n=3)
Comprende para qué se administran los tratamientos citostáticos	SI-72,8% (n=16)	SI-95,2% (n=20)	SI-90,4% (n=19)
	NO-27,2% (n=6)	NO-4,8% (n=1)	NO-9,6% (n=2)
Comprende por qué se administran los tratamientos citostáticos	SI-77,3% (n=17)	SI-100% (n=21)	SI-95,2% (n=20)
	NO-22,7% (n=5)	NO-0% (n=0)	NO-4,8% (n=1)
Cuidados y mantenimiento catéteres vía central			
Utiliza y maneja los catéteres de vía central	SI-59,1% (n=13)	SI-90,4% (n=19)	SI-95,2% (n=20)
	NO-40,9% (n=9)	NO-9,6% (n=2)	NO-4,8% (n=1)

Conoce y realiza la técnica de cuidados y mantenimiento catéter HICKMAN	SI-27,2% (n=6) NO-72,7% (n=16)	SI-71,5% (n=15) NO-28,5% (n=6)	SI-76,2% (n=16) NO-23,8% (n=5)
Conoce y realiza la técnica de cuidados y mantenimiento del RSC	SI-45,5% (n=10) NO-54,5% (n=12)	SI-95,2% (n=20) NO-4,8% (n=1)	SI-100% (n=21) NO-0% (n=0)
Conoce y realiza la técnica de cuidados y mantenimiento del PICC	SI-54,6% (n=12) NO-45,4% (n=10)	SI-81% (n=17) NO-19% (n=4)	SI-85,7% (n=18) NO-14,3% (n=3)
Utilización diferentes programas/ protocolos			
Conoce los circuitos de citaciones de la unidad	SI-4,6% (n=1) NO-95,4% (n=21)	SI-47,6% (n=10) NO-52,4% (n=11)	SI-57,1% (n=12) NO-42,9% (n=9)
Conoce el programa Power Chart, Blue, Farmis y OncoSafety Remote Control®	SI-18,2% (n=4) NO-81,8% (n=18)	SI-66,6% (n=14) NO-33,4% (n=7)	SI-71,3% (n=15) NO-28,7% (n=6)
Conoce la ubicación de los protocolos de la unidad	SI-18,2% (n=4) NO-81,8% (n=18)	SI-85,2% (n=18) NO-14,8% (n=3)	SI-85,7% (n=18) NO-14,3% (n=3)
Consulta los protocolos	SI-54,6% (n=12) NO-45,4 (n=10)	SI-76,2% (n=16) NO-23,8% (n=5)	SI-68,2% (n=14) NO-31,4% (n=7)

Registra de forma correcta analíticas y recogidas de muestras biológicas	SI-68,2% (n=15) NO-31,8% (n=7)	SI-80,6% (n=17) NO-19,4% (n=4)	SI-95,2% (n=20) NO-4,8% (n=1)
Actitud			
Mantiene una actitud respetuosa con los pacientes	SI-95,4% (n=21) NO-4,5% (n=1)	SI-100% (n=21) NO-0% (n=0)	SI-100% (n=21) NO-0% (n=0)
Llama por su nombre a los pacientes	SI-90,9% (n=20) NO-9,1% (n=2)	SI-100% (n=21) NO-0% (n=0)	SI-100% (n=21) NO-0% (n=0)
Capacidad y facilidad de integración en equipo de trabajo	SI-86,4% (n=19) NO-13,6% (n=3)	SI-90,4% (n=19) NO-9,6% (n=2)	SI-85,7% (n=18) NO-14,3% (n=3)
Participa en el proceso propio del aprendizaje	SI-81,9% (n=18) NO-18,1% (n=4)	SI-95,2% (n=20) NO-4,8% (n=1)	SI-95,2% (n=20) NO-4,8% (n=1)

3.2 Resultados Investigación, Fase 2

	POST-FORMACIÓN (n=17)	VALORACIÓN CONJUNTA (n=17)
Normas Seguridad		
Confirmando la identificación del paciente antes de realizar procedimiento	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Confirmando el procedimiento y verifico el equipo y material necesario antes de iniciarlo	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Conozco y utilizo los EPIS según la normativa reciente	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Recojo el material al finalizar una técnica o procedimiento y lo desecho en el contenedor adecuado	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Registro en los diferentes programas		
Conecto y finalizo el tratamiento del paciente con y sin el programa OncoSafety Remote Control®	SI-94,1% (n=16)	SI-94,1% (n=16)
	NO-5,9% (n=1)	NO-5,9% (n=1)
Reviso y registro en la historia clínica los planes y aspectos principales de los cuidados posteriores	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Realizo y registro de forma adecuada los procedimientos básicos	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Programo los diferentes parámetros de la sesión de tratamiento a través de los distintos programas informáticos,	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)

BLUE, Millennium® Oncofarm® OncoSafety Remote Control®		
Identifico y resuelvo problemas detectados por alarmas de bombas, PDA. Monitor	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Administración citostáticos		
Identifico y actúo correctamente ante signos de alarma (extravasacione, reacciones anafilacticas)	SI-94,1% (n=16)	SI-94,1% (n=16)
	NO-5,9% (n=1)	NO-5,9% (n=1)
Administro de forma segura y correcta los tratamientos citostáticos (las 5 normas)	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Identifico, registro y administro correctamente los tratamientos no citostáticos	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Resuelvo complicaciones relacionadas con accesos vasculares (obstrucciones, infecciones, problemas de flujo,...)	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Actitud		
Iniciativa: procedo por iniciativa propia	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Capacidad para preguntar al equipo ante las dudas	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Conozco y utilizo los conceptos teóricos para la toma de decisiones en la práctica	SI-88,2% (n=15)	SI-94,1% (n=16)
	NO-11,8% (n=2)	NO-5,9% (n=1)
	SI-88,2% (n=15)	SI-100% (n=17)

Ofrezco un cuidado integral e individualizado	NO-11,8% (n=2)	NO-0% (n=0)
Actualizo mis conocimientos teóricos	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Preservo la dignidad, confidencialidad y la intimidad a pesar de las limitaciones estructurales y organizativas	SI-100% (n=17)	SI-100% (n=17)
	NO-0% (n=0)	NO-0% (n=0)
Educación Sanitaria		
Enseño y facilito al paciente a realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda llevar a cabo el mismo con una interpretación adecuada	SI-94,1% (n=16)	SI-94,1% (n=16)
	NO-5,9% (n=1)	NO-5,9% (n=1)
Enseño a la familia o cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas que puedan llevar a cabo con una interpretación adecuada	SI-94,1% (n=16)	SI-94,1% (n=16)
	NO-5,9% (n=1)	NO-5,9% (n=1)

4. Discusión y conclusión

La falta de formación previa influye directamente en la asistencia prestada al paciente en el tratamiento y en el reconocimiento de la competencia del profesional. En este sentido los programas de mentoría permiten formar y evaluar a los profesionales de nueva incorporación, dentro de su ámbito laboral específico facilitando la integración en la Unidad.

Los resultados obtenidos en el apartado Cuidados y mantenimiento de los CVC, coinciden con diversos estudios (1-4-5-12), que afirman que alrededor de un 35-50% de los conocimientos son deficientes, destacando la importancia de la educación continua y la creación de protocolos estandarizados basados en la evidencia científica.

Es relevante el dato acerca de la consulta de los protocolos, puesto que el 31,4% (n=7) en la valoración conjunta, no superó la formación, esto hace pensar que los profesionales tienen un buen nivel de conocimientos solo en los registros clínicos que usan frecuentemente; sin embargo, no aplican estos conocimientos en su práctica diaria (11).

Destacar que las dos enfermeras provenientes de una unidad similar a la nuestra en hospitales extranjeros tenían un amplio conocimiento en el manejo y administración de citostáticos, no siendo así en las tres que provenían de la unidad de hospitalización de oncología de nuestro hospital. Se desconoce el motivo, pero podría deberse al bajo número de citostáticos administrados en la Unidad de hospitalización de oncología, frente a los administrados en HDDA (en 2019, 12180 en HDDA frente a 368 de Hospitalización), además un 5,9% (n=1) no superó la formación en la Identificación y actuación correcta ante signos de alarma y en la educación sanitaria.

Durante el periodo de estudio de la formación, una enfermera no la supero, teniendo que reforzar los conocimientos no adquiridos aumentando a una semana su formación.

El diseño y desarrollo de un programa de formación

individualizado mediante acompañamiento o mentoría nos ha servido para establecer las competencias propias necesarias para trabajar en la Unidad. El método DACUM, permitió identificar aspectos considerados por las expertas como indispensables.

Este estudio ha hecho posible conocer la eficacia del programa, demostrando que, para la enfermera novel, facilita la integración de la formación teórica y práctica y nos permite dar un período de adaptación, evitando estrés profesional y errores de administración de medicación. Para la enfermera experta aumenta el grado de motivación e implicación.

Pero esta formación requiere de una inversión en recursos humanos la cual en estos momentos se hace con una adecuada organización del personal disponible y una optimización del tiempo dedicado a la formación. Es necesario implicar a los gestores de nuestros hospitales para posibilitar su implementación ya que es una apuesta por la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la satisfacción de los profesionales.

Este plan de formación puede ser de utilidad para otras unidades que tengan el perfil de enfermería igual al nuestro o en todo caso puede servirles de referencia.

5. Financiación, ninguna

6. Conflicto de interés, ninguno

Referencias

1. Tirado-Reyes RJ, Silva-Maytorena R. Nivel de conocimiento y cuidado enfermero del paciente con catéter central en Culiacán, Sinaloa, México. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2020;28(1):25–36.
2. Salud A de C del SNa de. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Seneca. Madrid Minist Sanid y Polit Soc [Internet]. 2009;176. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>
3. Nayeri ND, Khosravi L. Iranian Nurses' Experience With Applying Information From Continuing Education Programs in Clinical Practice [Internet]. Vol. 44, *The Journal of Continuing Education in Nursing.* 2013. p. 564–72. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/00220124-20131001-08>
4. Lopez Perez, Mayte; Meza Vargas, Hugo César; Martínez Ruiz T. Análisis del nivel de conocimiento en el cuidado del catéter venoso central por el personal de enfermería en Urgencias adultos Hospital General ISSSTE Acapulco 2018. 2018;1–87. Available from: http://200.4.134.60/bitstream/handle/uagro/72/16261296_TE2016_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Jimenez Castellano V. Conocimientos de los enfermeros sobre los catéteres centrales de inserción periférica en el Hospital General de la Palma. *Trab Final grado.* 2020;
6. Jacqueline W, Morote E-S. Cerrando brecha: los efectos de un programa de mentoria para enfermeras principiantes enu deseo de continuar en la profesión. 2013;1–13.
7. Enfermería L, Educación M, Ciencias D, Titular P, Investigaciones A De, Nacional E, et al. artículo original educational program for the development of pedagogical skills in nursing professionals. :40–5.
8. Drexler D, Newman N. Acuity Adaptable Nursing Units in Oncology. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2011;38(3):263–6. Available from: <http://onf.ons.org/onf/38/3/acuity-adaptable-nursing-units-oncology>
9. Delgado O, Guardino X, Moreno E, Cercós AC, Alonso JM, Gaspar M, et al. Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración. *Inst Nac Segur e Hig en el Trab.* 2016;5.
10. Camacho Bejarano R, García Flores Y, Calvo González G, Carrasco Gómez AL, Gómez Salgado J. La mentoría clínica en el desarrollo competencial de los profesionales de Enfermería: la visión desde el Reino Unido. Vol. 20, *Index de Enfermería.* 2011. p. 101–5.
11. Bautista Rodríguez LM, Vejar Ríos LY, Pabón Parra MR, Moreno JJ, Fuentes Rodríguez L, León Solano KY, et al. *Registro En Enfermeria. Cuidarte.* 2016;
12. Bacilio D. Nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades d cuidados críticos del hospital Belén de Trujillo - 2013. 2013;1–46. Available from: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upao/235>
13. fidisp.org. Los Eventos Adversos en España un Repaso a los Principales Estudios. (Fecha de acceso: 14de abril de 2020) <https://fidisp.org/eventos-adversos-estudios/>

Original

**MIEDO A LA RECIDIVA DEL CÁNCER EN LA ETAPA DE LARGA
SUPERVIVENCIA: UNA REVISIÓN NARRATIVA**

*FEAR OF CANCER RECURRENCE IN LONG-TERM SURVIVALSHIP:
A NARRATIVE REVIEW*

Nerea Ardanaz-Echeverría,¹ Mikel Ibáñez-Munárriz¹ Belén Soto-Simbaña¹, Cristina García-Vivar^{2}*

1. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra.

2. Universidad Pública de Navarra

IdiSNA, Navarra, España.

*Autor por correspondencia: Email: cristina.garciavivar@unavarra.es

RESUMEN

Introducción: El aumento de la supervivencia de cáncer conlleva la aparición de nuevas necesidades psicosociales en los supervivientes, siendo una de las más frecuentes el miedo a la recidiva del cáncer (MRC).

Objetivo: Conocer la prevalencia, factores relacionados con el MRC y su impacto en la calidad de vida de los supervivientes de cáncer, así como identificar intervenciones de enfermería para el manejo del MRC.

Método: Revisión narrativa de la literatura en las bases de datos *PubMed*, *CINHAL* y *Dialnet*. Criterios de inclusión: estudios publicados en los últimos 10 años (2010-2020); en castellano o inglés; a texto completo de libre acceso; adultos >18 años en las fases de supervivencia extendida o permanente. **Resultados:** Los 11 artículos incluidos en esta revisión muestran que el MRC es una de las necesidades insatisfechas más frecuentemente identificada por los supervivientes de cáncer una vez finalizado su tratamiento primario contra el cáncer, así como el impacto

negativo que tiene el MRC en la calidad de vida de los supervivientes de cáncer y la escasez de intervenciones enfermeras específicas para el manejo del MRC. **Discusión:** Es necesario llevar a cabo un mayor número de investigaciones acerca del MRC que permitan llegar a un consenso científico y validado sobre la multidimensionalidad del fenómeno. A pesar del papel relevante de la enfermera, dentro del equipo de salud, existen pocas investigaciones científicas que diseñen, implementen y evalúen nuevas intervenciones específicas lideradas por enfermeras para la reducción del MRC.

Palabras clave: Supervivientes de cáncer; miedo; recidiva; enfermeras; revisión de la literatura.

ABSTRACT

Introduction: Increased cancer survival leads to the emergence of new psychosocial needs in survivors, one of the most common being fear of cancer recurrence (FCR). **Aim:** To determine

the prevalence, factors related to FCR and the impact of FCR on the quality of life of cancer survivors, and to identify nursing interventions for FCR management. **Method:** Narrative review of the literature in PubMed, CINAHL and Dialnet databases. Inclusion criteria: studies published in the last 10 years (2010-2020); in English or Spanish; free access full text; adults >18 years in extended or permanent phases. **Results:** The 11 articles included in this review show that MRC is one of the unmet needs most frequently identified by cancer survivors after completing their primary cancer treatment, also the negative impact that FCR has on the quality of life of cancer survivors and a scarcity of specific nursing interventions for the management of FCR. **Discussion:** It is necessary to carry out more investigations about FCR that allow reaching a scientific and validated consensus on the multidimensionality of the phenomenon. Despite the relevant role of the nurse, within the health team, there is few scientific research that design, implement and evaluates new nursing specific interventions to reduce FCR.

Keywords: Cancer survivors; fear; recurrence; nurses; literature review.

INTRODUCCIÓN

Los programas de detección precoz, los avances terapéuticos y farmacológicos y la mayor sensibilidad poblacional respecto a los signos y síntomas de alarma, son algunos de los factores que han contribuido al aumento de la supervivencia del cáncer ⁽¹⁻³⁾. Según el informe anual de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) "Las cifras del cáncer en España 2021" ⁽⁴⁾ y los datos aportados por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) ⁽³⁾, la supervivencia global del cáncer ha tenido un incremento del 3%, tanto en hombres como en mujeres, en el periodo de 2008-2013 respecto al periodo de 2002-2007.

El incremento de la supervivencia supone, a su vez, un incremento de la incidencia de segundos tumores y la aparición de efectos secundarios a largo plazo y tardíos derivados del tratamiento, como son las secuelas físicas y psicológicas ^(1,5). Esta realidad abre el camino a una nueva etapa tras la finalización del tratamiento primario, descrita por primera vez por el médico y superviviente Fitzhugh Mullan, que se conoce como "etapa de supervivencia". En 1985 publica el artículo "Estaciones de la supervivencia: reflexiones de un médico con cáncer", donde describe las tres etapas de supervivencia ⁽⁶⁾: supervivencia aguda (vivir con cáncer); supervivencia extendida (pasar el cáncer); y supervivencia permanente o larga supervivencia (vivir después del cáncer).

En el informe de 2005 del Instituto de Medicina (IOM) "*From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*" ⁽⁷⁾, se estableció que existen ineficiencias en la atención prestada durante la etapa de supervivencia, especialmente en la larga supervivencia, y se remarcó la importancia de reconocer esta etapa como una fase distinta de la atención del cáncer, en la que aparecen nuevas necesidades físicas y psicosociales.

Una vez finalizado el tratamiento primario contra el cáncer, los supervivientes se adentran en una nueva etapa dominada por la incertidumbre, al mismo tiempo que se enfrentan, por sí mismos, a la gestión de sus preocupaciones y desafíos emocionales, como es el miedo a la recidiva del cáncer (MRC) ⁽⁸⁾. Investigaciones recientes han evidenciado que la ayuda para gestionar el MRC es una de las principales necesidades insatisfechas manifestadas con mayor frecuencia por los supervivientes de cáncer ⁽⁹⁻¹⁶⁾. Se trata de un fenómeno multidimensional complejo ⁽¹⁷⁾ que carece de una definición universal consensuada; sin embargo, la que se utiliza con mayor frecuencia en las investigaciones es la propuesta por Lebel y compañeros ⁽¹⁸⁾: "miedo, preocupación o inquietud relacionados con la posibilidad de que el cáncer vuelva o progrese".

Según los resultados de la revisión sistemática de Simard y col ⁽¹⁰⁾, de los 22 estudios que evaluaron las preocupaciones o necesidades insatisfechas de los supervivientes de cáncer e incluyeron el MRC, entre el 20 y el 79% de los supervivientes de cáncer identificaron el MRC como una necesidad no satisfecha. En esta misma línea, los resultados del ensayo de Butow y col ⁽¹⁹⁾ observaron que el 30% de los supervivientes expresaron una falta de ayuda con el MRC al finalizar el tratamiento primario contra el cáncer. Estas cifras resultan llamativas si se considera la creciente prevalencia de los supervivientes de cáncer, pero todavía lo es más si se conoce que los niveles altos de MRC no intervenidos pueden persistir durante años y afectar negativamente a la calidad de vida de los supervivientes ^(8,9,13,16,20). Asimismo, el MRC puede afectar a la forma en que los supervivientes se involucran en su atención sanitaria, que, al mismo tiempo, puede interferir en la detección

precoz de recidivas, un aumento de pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios, mayores costes sanitarios y, en último lugar, un aumento de la morbimortalidad⁽⁸⁾. Se conoce, además, que el MRC aparece con mayor frecuencia en el momento que finaliza el tratamiento primario contra el cáncer⁽¹²⁾ y presenta niveles más altos en los supervivientes con una edad más joven en el momento del diagnóstico^(9,10,12,20-22).

Conocer las características del MRC, así como las intervenciones específicas para su manejo, podría ayudar a los profesionales de la salud, y en concreto a las enfermeras, a identificar y abordar el MRC en supervivientes de cáncer^(5,20,23). Además, recopilar información sobre el fenómeno del MRC podría ayudar a cubrir las ineficiencias psicosociales identificadas en la actualidad en la atención sanitaria durante la etapa de larga supervivencia⁽⁷⁾. Por todo ello, los objetivos de esta revisión fueron: 1) conocer la prevalencia del MRC y la necesidad de intervención enfermera para su manejo, 2) identificar los factores del MRC, 3) analizar el impacto del MRC en la calidad de vida de los supervivientes de cáncer, y 4) conocer las principales intervenciones de enfermeras existentes para el manejo del MRC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica disponible entre los años 2011 y 2021 relacionada con el tema objeto de estudio. El artículo se elaboró conforme a las directrices de la declaración PRISMA⁽²⁴⁾ para revisiones de la literatura.

La búsqueda de los artículos tuvo lugar en las bases de datos PubMed, CINAHL y Dialnet durante los meses de noviembre de 2020 y enero de 2021. El esquema PICO elaborado para esta revisión (Tabla 1) permitió comenzar la búsqueda en las distintas bases de datos. Para ello, se utilizaron los

siguientes términos MeSH: *Survivors, Cancer survivors, Fear, Recurrence y Nurses*.

Tabla 1. Esquema PICO adaptado a esta revisión

P	Población	Supervivientes de cáncer en la edad adulta
I	Intervención	Proporcionar estrategias de afrontamiento frente al miedo a la recidiva del cáncer
C	Contexto	Oncología
O	Objetivo	Mejorar la atención y calidad de vida de los supervivientes de cáncer

Pregunta: ¿Qué intervenciones de enfermería pueden ayudar a los supervivientes de cáncer a manejar el miedo a la recidiva del cáncer?

Fuente: Elaboración propia

Para asociarlos en la búsqueda junto con otras palabras clave sugeridas en cada base de datos se utilizaron los operadores booleanos *AND* y *OR*. La tabla 2 resume la estrategia de búsqueda utilizada en cada base de datos.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: estudios de la etapa de supervivencia extendida o permanente; población diana en la edad adulta (>18 años); artículos a texto completo de libre acceso; estudios de los últimos 10 años y el idioma en inglés o castellano. Se excluyeron, fundamentalmente, los estudios que abordasen la fase aguda del cáncer y aquellos cuya población diana fuera menor de 18 años. Asimismo, los estudios anteriores a 2011, artículos cerrados o de pago, o

aquellos cuyo idioma no fuera inglés o castellano, fueron excluidos de esta revisión.

RESULTADOS

De las búsquedas realizadas, se obtuvieron 571 artículos de las distintas bases de datos: PubMed (n=425), CINAHL (n=117) y Dialnet (n=29). Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, 120 artículos fueron seleccionados y 101 se excluyeron tras lectura de título y resumen. De los 19 artículos que se

leyeron a texto completo para su elegibilidad, 8 fueron excluidos por no responder a los objetivos de la revisión. Finalmente, se seleccionaron un total de 11 artículos incluidos en la revisión (Figura 1).

Tras un análisis exhaustivo de los artículos incluidos (Tabla 3), se presentan los resultados según los objetivos de esta revisión y a través de las siguientes categorías.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Resultados	Artículos seleccionados
PubMed	Survivor AND Recurrence AND Fear of cancer recurrence	Free full text From 2011- 2021	5	1
	Nurses AND Cancer survivors OR Survivor AND Recurrence	Free full text From 2011- 2021	76	0
	Nurses AND Strategies AND Fear of cancer recurrence OR Fear AND Survivor	From 2011- 2021	329	4
	Factors AND Fear of cancer recurrence AND Cancer survivors	Free full text From 2011- 2021	15	0
	CINAHL	Cancer survivors AND Recurrence AND Fear	Texto completo Fecha de publicación: 2011-2021 Idioma: inglés	117
Dialnet	Tesis: supervivientes de cáncer	2011-2021 Texto completo Materias: Ciencias de la Salud	29	1
				11

Fuente: Elaboración propia

Prevalencia, factores relacionados con el MRC y su impacto en la calidad de vida de los supervivientes

El MRC es una de las necesidades insatisfechas más frecuentemente identificada por los supervivientes, una vez finalizado el tratamiento primario contra el cáncer. Según los resultados de la revisión sistemática llevada a cabo por Simard y col⁽¹⁰⁾, existen pocos estudios que aborden la prevalencia y gravedad del MRC, debido a la falta de una herramienta de medición validada que establezca y evalúe los niveles de gravedad del MRC. A pesar de ello, los resultados de esta revisión⁽¹⁰⁾ evidenciaron que alrededor del 49% de los supervivientes expresaron un nivel moderado-alto de MRC y una media del 7% expresaron un nivel grave de MRC. En esta misma línea, los resultados del estudio de corte correlacional llevado a cabo por Altuve-Burgos⁽²⁵⁾, muestran que el 36% de las supervivientes de cáncer de mama que participaron en su estudio (n=203) expresaron niveles altos de MRC. Las participantes del estudio tenían una edad, mayoritariamente (50%), ≥ 56 años y llevaban < 4 años desde el momento del diagnóstico de cáncer.

Respecto a los factores relacionados con el MRC, se identificaron tres grupos: los factores demográficos, los físicos y los psicológicos. Entre los factores demográficos más fuertemente asociados con el MRC se encuentra la edad en el momento del diagnóstico; múltiples autores han identificado que la edad más joven se asocia a niveles elevados de MRC^(9,10,12,17,20-22) en comparación con los niveles de MRC de los supervivientes de edades más mayores. Los resultados del estudio de Ziner y col⁽²¹⁾ demuestran que las supervivientes de cáncer de mama < 45 años presentan un mayor MRC

que las supervivientes entre los 55 y 70 años.

Por otro lado, Nahm y col⁽²²⁾ observaron que los niveles más altos de síntomas físicos -dolor, fatiga y problemas para dormir- se encontraban en los participantes del estudio con MRC. Asimismo, la puntuación para el bienestar físico era menor en los participantes del estudio con MRC en comparación con los que no tenían MRC.

Otros factores que han demostrado una asociación positiva con el MRC son la depresión y la ansiedad^(2,25), el riesgo percibido de recidiva^(9,21), las citas de seguimiento del cáncer y la finalización del tratamiento primario contra el cáncer^(12,15,25-27). Asimismo, la incertidumbre asociada con la falta de información al final del tratamiento ha demostrado producir un mayor MRC en los supervivientes de cáncer^(2,9,10,28). Además, según evidencian los resultados de la tesis de Ferro-García⁽²⁸⁾, entre el 7 y el 83% de los supervivientes de cáncer expresaron que la provisión de información en los supervivientes de cáncer es una necesidad no cubierta.

Por último, de manera frecuente en la literatura, los resultados de las investigaciones evidencian el impacto negativo del MRC en la calidad de vida de los supervivientes de cáncer^(9-11,20,22,25,28). En concreto, varios autores señalan que los niveles moderados-graves de MRC son los que afectan sustancialmente a la calidad de vida de los supervivientes de cáncer^(9,20,22).

Intervenciones de enfermeras para manejar el MRC

Son escasas las investigaciones existentes en la literatura que desarrollen intervenciones específicas para la reducción del MRC en los supervivientes de cáncer y, además, lideradas por enfermeras. En este sentido, según los resultados del

estudio de Cruickshank y col ⁽¹⁶⁾, tan solo el 14% de las enfermeras especialistas en cáncer de mama que participaron en la encuesta (n=90) expresaron mantener conversaciones acerca del MRC con sus pacientes, y el 78% informó de que no utiliza una herramienta para la evaluación del MRC en la práctica diaria.

Las intervenciones más destacadas por su implicación práctica en el ámbito de la enfermería son: *Conquer Fear* ⁽¹⁹⁾, *Day-By-Day (DBD)* ⁽²⁰⁾, Autoeficacia ⁽²¹⁾ e intervención grupal Cognitivo-Existencial (CE) ⁽¹⁵⁾. Las dos primeras intervenciones ^(19,20) se basan en las metacogniciones o creencias de los pacientes sobre sus preocupaciones, y tratan de modificar los pensamientos intrusivos a través del desarrollo de habilidades de la atención plena. En concreto, *DBD* ha demostrado el papel fundamental de las enfermeras para preguntar sobre el MRC y las estrategias de afrontamiento utilizadas a la hora de gestionar sus miedos, y además, que las intervenciones enfermeras obtienen una valoración más positiva que aquellas no realizadas por enfermeras ⁽²⁰⁾. Los resultados de ambas intervenciones han demostrado que la puntuación del MRC disminuye en el momento *post-intervención* y se mantiene a largo plazo (12 semanas ⁽²⁰⁾ y 6 meses *post-intervención* ⁽¹⁹⁾), en comparación con la puntuación obtenida al inicio de la intervención. Las escalas utilizadas en ambas intervenciones son diferentes: la escala utilizada en el ensayo de Butow y col ⁽¹⁹⁾ es *Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI)*, que ha demostrado su validez para la evaluación multidimensional del MRC y permite identificar mejor a los pacientes que requieren de una intervención psicosocial para afrontar el MRC de manera eficaz ⁽¹⁷⁾; la escala utilizada en el estudio de Reb y col ⁽²⁰⁾ es *Fear of Progression-Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF)*, una versión adaptada de la escala *Fear of*

Progression Questionnaire (FoP-Q), que en lugar de incluir 43 ítems, incluye 12 ítems.

Por otro lado, Ziner y col ⁽²¹⁾ demostraron que la autoeficacia ("la confianza de las supervivientes en su capacidad para gestionar los síntomas y las emociones relacionadas con el cáncer de mama, incluida la capacidad para pedir ayuda, saber cómo y cuándo informar de los síntomas y qué hacer cuando finalizan el tratamiento") (p289) es un mediador significativo del MRC en las supervivientes de cáncer de mama; aquellas con un índice más alto de autoeficacia, muestran un menor MRC. Además, se observa que las mujeres <45 años comportan reducciones mayores del MRC en comparación con las >55 años, si se encuentra la autoeficacia como mediadora de los resultados del MRC. Para la medición de los resultados sobre autoeficacia se utilizó la escala *Breast Cancer Survivor Self-Efficacy*, que evalúa 14 ítems entre los que incluye: capacidad para pedir ayuda y manejo de los síntomas físicos y emocionales derivados del diagnóstico de cáncer de mama. Y para la medición de los resultados del MRC se utilizó la escala *Concerns About Recurrence Scale (CARS)* elaborada por Vickberg y col ⁽²⁹⁾ en 2003 para su uso específico en cáncer de mama.

Por último, la intervención desarrollada por Lebel y col ⁽¹⁵⁾ en un estudio piloto demostró la factibilidad en el tratamiento del MRC, debido a que los niveles de MRC medidos a través de la escala *Fear of Recurrence Questionnaire (FRQ)* disminuyeron *post-intervención* y a los 3 meses, en comparación con la puntuación obtenida al inicio de la intervención. Sin embargo, es necesario llevar a cabo un ensayo controlado aleatorio que demuestre su eficacia para la reducción del MRC.

Tabla 3. Síntesis de las características de los artículos seleccionados para esta revisión

Autor/es (año)	Título	Objetivo	Diseño	Resultados de interés
Altuve Burgos JJ. (2020) ⁽²⁵⁾	<i>Distrés psicológico, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas</i>	El objetivo de la investigación fue determinar las relaciones entre el distrés psicológico, el MRC y la calidad de vida relacionada con la salud (CDVRS) en pacientes supervivientes de cáncer de mama venezolanas.	Estudio de cohorte correlacional	Se observaron niveles moderados de MRC, con una prevalencia del 36% para niveles altos y del 53% para niveles moderados. Además, se observa que a mayor presencia de distrés psicológico mayor MRC, y una mayor presencia de ambos, menor CDVRS en los supervivientes de cáncer. Se observó también que a mayor tiempo de supervivencia mayor era la presencia de MRC.
Butow PN, et al. (2017) ⁽¹⁹⁾	<i>Randomized Trial of ConquerFear: A Novel, Theoretically Based Psychosocial Intervention for Fear of Cancer Recurrence</i>	Evaluar el impacto de la intervención <i>Conquer Fear</i> en el MRC.	Ensayo controlado aleatorizado	Los participantes de la intervención <i>Conquer Fear</i> (grupo intervención) mostraron una reducción mayor del MRC en comparación con los participantes de la intervención <i>Taking-It-Easy</i> (grupo control). Aquellos con una puntuación total en la escala FCRI mayor en el momento antes de la intervención, mostraron una reducción mayor del MRC que se mantuvo en el tiempo.
Butow P, et al. (2018) ⁽⁹⁾	<i>Fear of Cancer Recurrence: A Practical Guide for Clinicians</i>	Evidenciar la prevalencia e importancia del MRC en los supervivientes de cáncer, así como la necesidad de intervención, y ayudar a los	Revisión bibliográfica	El MRC es común entre los supervivientes de cáncer, además de ser un objetivo crítico para una atención óptima en la supervivencia. Es necesario un cribado para detectar a aquellos supervivientes que requieran de una intervención que

		profesionales de la salud a hacer frente a este problema en la atención durante la etapa de supervivencia.		reduzca sus niveles clínicos de MRC. La subescala de gravedad de FCRI es la única hasta la fecha con puntos de corte clínicos que identifica a aquellos supervivientes con niveles clínicos de MRC que requieren de intervención.
Cruickshank S, et al. (2020) ⁽¹⁶⁾	<i>Specialist breast cancer nurses' views on implementing a fear of cancer recurrence intervention in practice: a mixed methods study</i>	Investigar cómo las enfermeras especializadas en cáncer de mama responden a los miedos de sus pacientes sobre la recidiva del cáncer y analizar la opinión de éstas sobre la aplicación de la intervención <i>Mini-AFTERc</i> en su práctica.	Diseño secuencial de métodos mixtos	No hubo consenso en los resultados cuando se habla de MRC en los supervivientes de cáncer; entre el 20 y 100% experimentan un MRC moderado y entre el 10 y 70% un MRC grave. Además, se observa que las consultas enfermeras se centran en dar información sobre los signos y síntomas de recidiva, en lugar de abordar los aspectos psicológicos del MRC.
Autor/es (año)	Título	Objetivo	Diseño	Resultados de interés
Dawson G, Madsen LT. (2014) ⁽¹²⁾	<i>Interventions to Manage Uncertainty and Fear of Recurrence in Female Breast Cancer Survivors: A Review of the Literature</i>	Proporcionar evidencia sobre las intervenciones publicadas para gestionar la incertidumbre entre las mujeres supervivientes de cáncer de mama, así como recomendaciones para futuras investigaciones.	Revisión bibliográfica	Las intervenciones relacionadas con la atención plena, la gestión de la incertidumbre, la comunicación más eficaz entre el paciente y el proveedor, y el manejo del estrés mediante el asesoramiento son opciones eficaces para gestionar el MRC.
Kyriacou J, et al. (2017) ⁽²⁷⁾	<i>Fear of cancer recurrence: A study of the</i>	Comprender mejor el MRC a través de la experiencia de	Estudio descriptivo cualitativo	El MRC se ha identificado como una preocupación importante para las mujeres en remisión del cáncer de

	<i>experience of survivors of ovarian cancer</i>	las supervivientes de cáncer de ovario y trompas.		ovario. Cuatro temas surgen de la experiencia de las participantes con el MRC: (a) la incertidumbre en torno a la recidiva (b) las diversas creencias y fuentes de preocupación (c) el riesgo percibido de recidiva: una mayor percepción de riesgo de recidiva produce un mayor MRC (d) la gestión del MRC
Lebel et al. (2014) ⁽¹⁵⁾	<i>S, Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study</i>	Desarrollar una prueba piloto para comprobar la viabilidad y eficacia preliminar de una intervención grupal Cognitivo-Existencial (CE) de 6 semanas de duración, diseñada para abordar el MRC en mujeres con cáncer de mama u ovario.	Estudio piloto	Las puntuaciones del MRC post intervención (T1=82) y a los 3 meses de seguimiento (T2=80) disminuyen en comparación con las puntuaciones obtenidas al inicio de la intervención (T0=93), por lo que parece factible la intervención CE para el tratamiento del MRC. Además, las puntuaciones obtenidas para los resultados secundarios del estudio post intervención (T1), como la angustia e incertidumbre específicas del cáncer, también disminuyen en comparación con las puntuaciones al inicio de la intervención (T0).
Nahm SH, et al. (2020) ⁽²²⁾	<i>Factors associated with fear of cancer recurrence in breast and colorectal cancer survivors: A cross-sectional study of cancer survivors</i>	Definir la prevalencia y gravedad del MRC e identificar los factores asociados al MRC en los supervivientes de cáncer de mama y colorrectal.	Estudio transversal prospectivo	El 64% de los participantes (N=315) tiene MRC y de ellos, el 32% presentan un MRC moderado-grave. Además, el MRC se asocia a una edad más joven, una mayor angustia y un peor bienestar general.

Autor/es (año)	Título	Objetivo	Diseño	Resultados de interés
Reb AM, et al. (2020) ⁽²⁰⁾	<i>Fear of Cancer Progression: Findings from case studies and a nurse-led intervention</i>	Describir la intervención <i>Day-By-Day</i> (DBD) llevada a cabo por enfermeras para el manejo del MRC en dos pacientes con cáncer ginecológico avanzado.	Revisión de dos estudios de caso	La intervención DBD dirigida por enfermeras muestra beneficios para ayudar a los pacientes a manejar el MRC. Además, enseña habilidades para manejar la preocupación, desafiar las creencias inútiles y modificar las conductas de afrontamiento inadecuadas.
Simard S, et al. (2013) ⁽¹⁰⁾	<i>Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies</i>	Ofrecer una visión general de los conocimientos científicos actuales sobre el MRC y formular recomendaciones para futuras investigaciones.	Revisión sistemática	Se identifican múltiples métodos de evaluación del MRC. Los supervivientes de cáncer informan de un nivel bajo-moderado de MRC, pero lo identifican como una de las principales preocupaciones y una de las necesidades insatisfechas más frecuentes. La edad más joven, la presencia y la gravedad de los síntomas físicos, la angustia psicológica y la menor calidad de vida se asocian con un mayor MRC. Los resultados acerca de las intervenciones sobre el MRC son escasos.
Ziner KW, et al. (2012) ⁽²¹⁾	<i>Predicting Fear of Breast Cancer Recurrence and Self-Efficacy in Survivors by Age at Diagnosis</i>	Determinar el efecto que tiene la edad en el momento del diagnóstico sobre el MRC e identificar los factores del MRC utilizando la autoeficacia como mediador.	Encuesta transversal	Se observa que las supervivientes de cáncer de mama con una edad joven en el momento del diagnóstico (<45 años) presentan mayor MRC y preocupación en comparación con las mayores (55-70 años). Además, se muestra que la autoeficacia es un mediador parcial significativo de las relaciones entre el MRC, la edad al diagnóstico, el riesgo percibido de recidiva, la ansiedad y los recordatorios de cáncer de mama.

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Esta revisión ha evidenciado la prevalencia del fenómeno multidimensional MRC entre los supervivientes de cáncer y su impacto negativo en la calidad de vida. Además, a través de esta revisión se ha dado a conocer la necesidad de ayuda que expresan los supervivientes de cáncer en relación con el MRC.

En primer lugar, los resultados de esta revisión ponen de manifiesto la necesidad de unificar los resultados acerca del MRC a través de una mayor evidencia y, por tanto, un mayor número de investigaciones que permitan llegar a un consenso científico y validado sobre los múltiples aspectos que conforman el fenómeno MRC. Principalmente, existe una falta de consenso en el diseño de una herramienta de medición adecuada, que permita evaluar de manera multidimensional el MRC y sus características clínicas. La variedad de escalas utilizadas en los estudios revisados sobre las intervenciones para la reducción del MRC ^(15,19-21), dificulta la comparación de los resultados obtenidos en cada una de ellas y, en consecuencia, la identificación de aquellos supervivientes de cáncer que requieren de una intervención psicosocial adecuada. Es por ello, por lo que se ve necesario el desarrollo de una herramienta de medición validada que permita identificar, en la práctica diaria, a aquellos supervivientes que requieran de ayuda para gestionar el MRC, y poder llevar a cabo más investigaciones que desarrollen intervenciones específicas para la reducción del MRC en los supervivientes de cáncer.

En relación con las características clínicas del MRC, no existe consenso en su determinación a pesar de su importancia para poder elaborar una herramienta de medición del MRC e identificar sus niveles clínicos

(gravedad). En este sentido, cabe mencionar las características consideradas y aprobadas por un grupo de 65 expertos en el estudio Delphi internacional ⁽³⁰⁾: altos niveles de preocupación e inquietud; hipervigilancia de los síntomas físicos en busca de signos de reaparición del cáncer; y ansiedad/miedo/preocupación permanente (al menos, durante 3 meses consecutivos). Estas características son utilizadas, mayoritariamente, en los estudios recientes sobre el MRC ^(18,22).

Tras la revisión de los estudios, se observa que la mayor parte de ellos se han llevado a cabo en supervivientes de cáncer de mama, colorrectal y próstata, coincidiendo con los tipos de cáncer con mayor prevalencia y supervivencia a 5 años. Por tanto, la evidencia actual sobre el fenómeno del MRC no se puede extrapolar a todos los tipos de cáncer ⁽²⁶⁾, ya que según muestran los resultados del estudio de Simard y col ⁽¹⁰⁾, los supervivientes de cáncer de próstata informan de niveles más bajos de MRC en comparación con otros tipos de cáncer.

Otro hallazgo destacable es que la evidencia actual acerca de las investigaciones específicas lideradas por enfermeras para la reducción del MRC es escasa, a pesar de que se ha observado el papel fundamental de las enfermeras en la reducción del MRC a través del desarrollo de intervenciones psicoeducativas como el fomento de la autoeficacia ^(12,21,31) o el desarrollo de habilidades de atención plena ⁽²⁰⁾, entre otras. Por ello, se considera necesario desarrollar estudios de calidad que diseñen, implementen y evalúen a corto-largo plazo la eficacia y viabilidad de nuevas intervenciones lideradas por enfermeras para la reducción del MRC. Además, se considera oportuno proporcionar a las enfermeras una formación exhaustiva para el desarrollo de intervenciones

psicoeducativas a los supervivientes de cáncer con MRC.

En conclusión, la etapa de supervivencia se considera un nuevo camino para los supervivientes y la atención sanitaria, que abre el paso a nuevas necesidades psicosociales que requieren de un abordaje específico e integral, como es el MRC, coincidiendo

la figura de la enfermera como uno de los profesionales sanitarios imprescindibles para abordar y reducir el MRC durante el seguimiento de los supervivientes de cáncer en la etapa de supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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):288-92.
2. García-Torres F, Alós Cívico FJ, Pérez-Dueñas C, Moriana Elvira JA. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en psicooncología. Alteraciones psicológicas y físicas. 2016. 11-63 p.
3. Guevara M, Molinuevo A, Salmerón D, Marcos-Gragera R, Chirlaque MD, Quirós JR, et al. Supervivencia de cáncer en España, 2002-2013 [Internet]. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). 2019. Disponible en: https://www.redecan.org/redecan.org/es/Informe_Supervivencia_REDECAN_2020.pdf
4. SEOM. Las cifras del cáncer en España [Internet]. 2021. Disponible en: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espana_2021.pdf
5. Taylor K, Chivers P, Bulsara C, Joske D, Bulsara M, Monterosso L. Care After Lymphoma (CALy) trial: A phase II pilot pragmatic randomised controlled trial of a nurse-led model of survivorship care. *Eur J Oncol Nurs*. 1 de junio de 2019;40:53-62.
6. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a Physician with cancer. *N Engl J Med*. 1985;313(4):270-3.
7. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, editores. *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. The National Academies Press. Washington, DC; 2006. 1-506 p.
8. Hall DL, Park ER, Cheung T, Davis RB, Yeh GY. A Pilot Mind-Body Resiliency Intervention Targeting Fear of Recurrence among Cancer Survivors. *J Psychosom Res* [Internet]. 2020;137(July):110215.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110215>

9. Butow P, Sharpe L, Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Beith J. Fear of Cancer Recurrence: A Practical Guide for Clinicians. *Oncology (Williston Park)*. 2018;32(1):32-8.
10. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*. 2013;7(3):300-22.
11. Hale AL. Living in fear: Exploring fear of cancer recurrence and its impact on quality of life. *J Oncol Navig Surviv* [Internet]. 2020;11(6):186-9. Disponible en: <http://jons-online.com/issues/2020/june-2020-vol-11-no-6/2963-living-in-fear-exploring-fear-of-cancer-recurrence-and-its-impact-on-quality-of-life>
12. Dawson G, Madsen LT, Dains JE. of Recurrence in Female Breast Cancer Survivors: 2014;20(6).
13. Sharpe L, Turner J, Fardell JE, Thewes B, Smith AB, Gilchrist J, et al. Psychological intervention (ConquerFear) for treating fear of cancer recurrence: mediators and moderators of treatment efficacy. *J Cancer Surviv*. 2019;13(5):695-702.
14. Butow PN, Bell ML, Smith AB, Fardell JE, Thewes B, Turner J, et al. Conquer fear: Protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BMC Cancer*. 2013;13:1-10.
15. Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, Secord S, Courbasson C, Singh M, et al. Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: A feasibility

- and preliminary outcome study. *J Cancer Surviv.* 2014;8(3):485-96.
16. Cruickshank S, Steel E, Fenlon D, Armes J, Banks E, Humphris G. Specialist breast cancer nurses' views on implementing a fear of cancer recurrence intervention in practice: a mixed methods study. *Support Care Cancer.* 2020;28(1):201-10.
17. Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer.* 2009;17(3):241-51.
18. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Mutsaers B, Thewes B, Prins J, et al. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer [Internet].* 2016;24(8):3265-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
19. Butow PN, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Smith A Ben, Fardell JE, et al. Randomized trial of ConquerFear: A novel, theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence. *J Clin Oncol.* 2017;35(36):4066-77.
20. Reb A, Borneman T, Economou D, Cangin M, Patel S, Sharpe L. Fear of Cancer Progression. *Clin J Oncol Nurs.* 2020;24(4):400-8.
21. Ziner KW, Sledge GW, Bell CJ, Johns S, Miller KD, Champion VL. Predicting fear of breast cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis. *Oncol Nurs Forum.* 2012;39(3):287-95.
22. Nahm SH, Blinman P, Butler S, Tan SYC, Vardy J. Factors associated with fear of cancer recurrence in breast and colorectal cancer survivors: A cross-sectional study of cancer survivors. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2020;(June):1-8.
23. Watson EK, Shinkins B, Matheson L, Burns RM, Frith E, Neal D, et al. Supporting prostate cancer survivors in primary care: Findings from a pilot trial of a nurse-led psycho-educational intervention (PROSPECTIV). *Eur J Oncol Nurs.* 1 de febrero de 2018;32:73-81.
24. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372.
25. Altuve Burgos JJ. Distrés psicológico, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. *Psicooncología.* 2020;17(2):239-53.
26. Ozga M, Aghajanian C, Myers-Virtue S, McDonnell G, Jhanwar S, Hichenberg S, et al. A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. *Palliat Support Care.* 2013;13(6):1771-80.
27. Kyriacou J, Black A, Drummond N, Power J, Maheu C. Fear of cancer recurrence: A study of the experience of survivors of ovarian cancer. *Can Oncol Nurs J.* 2017;27(3):236-42.
28. Ferro García T. Evaluación de la calidad de vida, la utilización de los recursos sanitarios y las necesidades de información sanitaria en pacientes supervivientes de cáncer de mama, próstata y colorrectal. Estudio de metodología mixta de cohortes retrospectivo y cualitat [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). 2015. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/310783>
29. Vickberg SMJ. The concerns about recurrence scale (CARS): A systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med.* 2003;25(1):16-24.
30. Mutsaers B, Butow P, Dinkel A, Humphris G, Maheu C, Ozakinci G, et al. Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: An international Delphi study. *Psychooncology.* 2020;29(2):430-6.

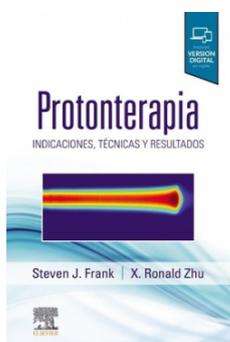
Sección

Libros recomendados

Rosario Cumplido Corbacho

Editora Revista SEEO. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

PROTONTERAPIA. Indicaciones, técnicas y resultados.



Steven J. Frank, X. Ronald Zhu

Editorial: ELSEVIER ESPAÑA

Año de publicación: 2021

ISBN: 978-84-9113-962-1

La protonterapia es uno de los tratamientos de vanguardia para el cáncer, con resultados muy prometedores. A medida que el tratamiento con protonterapia se expande, la formación y la capacitación en esta terapia para los equipos oncológicos multidisciplinares son más importantes que nunca. Este texto proporciona información totalmente actualizada sobre todos los aspectos de la protonterapia, con la garantía de The University of Texas MD Anderson Cancer Center, uno de los centros más grandes y experimentados en protonterapia del mundo.

Abarca los cánceres en los que la protonterapia está más extendida, incluidos los de próstata, cabeza y cuello, sistema nervioso central, mama, pulmón, pediátricos, gastrointestinales y ginecológicos, así como los sarcomas y los linfomas.

Proporciona información actualizada sobre radiobiología, planificación y control de calidad del tratamiento, indicaciones de protonterapia, estrategias de manejo y resultados tras la protonterapia en función de la localización tumoral.

Describe los avances tecnológicos, como los sistemas de barrido de punto y de planificación del tratamiento para el manejo de los tumores sólidos; la radiobiología de la protonterapia y la protonterapia de intensidad modulada con optimización multicampo (MFO-IMPT) que contribuyen a salvar las estructuras sanas críticas.

Al comprar este libro impreso, el lector cuenta también con acceso al texto, las figuras y la bibliografía del libro en inglés a través de distintos dispositivos, ya que incluye la versión digital de la obra original.

Incluye un apéndice sobre casos de cabeza y cuello, que ilustra con fotografías todo el ciclo del tratamiento con protonterapia en estas zonas.

INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO EN ONCOLOGÍA



Fumito Ito, Marc Ernstoff
Editorial: ELSEVIER CASTELLANO
Año de publicación: 2018
ISBN: 978-0-323549-48-6

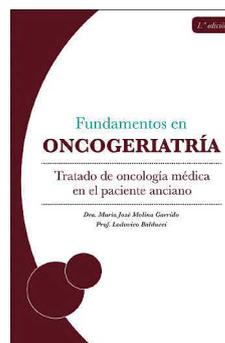
Práctico título que sintetiza la investigación más actualizada y constituye una guía práctica sobre el tratamiento con inhibidores del punto de control (checkpoint inhibitors) en oncología, cubriendo la inmunología y biología tumoral.

Este manual presenta la información organizada por órganos para una lectura fácil y lógica. Se estructura en 12 capítulos que explican los mecanismos de acción, los efectos tóxicos y las perspectivas futuras. Cuenta con capítulos específicos para el melanoma y otros cánceres de piel, las neoplasias malignas torácicas, digestivas, urológicas, ginecológicas, hematológicas, el cáncer de mama y los tumores de cabeza y cuello, así como las neoplasias malignas pediátricas.

Esta obra permitirá al lector entender cómo aprovechar mejor el sistema inmunitario contra diferentes tipos de cáncer en

diferentes etapas. El texto supone una magnífica ayuda para convertir la investigación y la literatura actual en información práctica para el profesional sanitario.

FUNDAMENTOS EN ONCOGERIATRÍA Tratado de oncología médica en el paciente anciano.



M. José Molina, Lodovico Balducci
Editorial: MÉDERIC
Año de publicación: 2019
ISBN: 978-84-9401-229-7

Si bien se trata de un extenso manual de 1191 páginas pensado para abordar el problema de la falta de especialización médica en oncogeriatría, estamos ante una interesante obra también para otros profesionales sanitarios, ya que el interés por el anciano con cáncer ha ido aumentando en la última década en nuestro país, puesto que este grupo de población es cada vez más habitual en las unidades de oncología, al tiempo que requiere de un manejo específico y especializado.

El manual se estructura en 27 capítulos que tratan la epidemiología del cáncer en el anciano, las peculiaridades de este grupo etario, la valoración geriátrica, la fragilidad y comorbilidad, así como principios para el tratamiento con quimioterapia,

inmunomoduladores, cirugía y radioterapia, atendiendo también a la toxicidad que los tratamientos provocan en el anciano. El texto aborda el manejo de los cánceres más frecuentes en el anciano: próstata, colorrectal, mama, pulmón, ovario, melanoma y tumores hematológicos.

¿Quieres publicar con nosotros?

La Revista ENFERMERÍA ONCOLÓGICA es una revista científica de periodicidad semestral editada como un *Open Access Journal* por la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, publicada en español y que pretende ser un modelo referente de los Cuidados Oncológicos en el ámbito español e iberoamericano.

Nuestro objetivo es ofrecer un servicio de información y formación al mundo de la oncología de habla hispana, llegando a ser una herramienta eficaz para la actualización y formación continuada de los profesionales y la formación integral de las diferentes disciplinas del área de la salud.

La Revista de la SEEO sigue normas estrictas de revisión por pares en su proceso editorial, que garantizan la excelencia y la relevancia de los textos en ella publicados, siendo realmente útiles a la comunidad clínica y científica que esté interesada en el Cuidado del Paciente Oncohematológico.

<https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncologica/about/submissions>

¡GRACIAS!

El equipo de ICU MEDICAL quiere agradecer vuestra dedicación al cuidado de los pacientes con COVID-19 y el apoyo para ayudarnos a mantenernos seguros

Colabora

icumedical
human connections



DOSI-FUSER®

Bomba de infusión elastomérica portátil

SEGURIDAD Y CONFIANZA



Infusión 
SOLUCIÓN GLOBAL



Izasa
Hospital

A Werfen Company

Fabricado por: Leventon SAU - A Werfen Company

Izasa Hospital, S.L.U. Plaza de Europa, 21-23, 08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) | Atención al Cliente Tel. 903 20 30 70 | izasahospital.com



enfermería oncológica

www.seeo.org

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA