



Enfermera de Práctica Avanzada: ¿Mejora la calidad de vida y satisfacción del paciente oncológico frágil?

Advanced Practice Nurse: Does it improve the quality of life and satisfaction of frail oncology patient?

Autoras: Rocío Magdaleno-Moya*  (1), Noelia Montoya-Torres  (2), Lucía Castaño-Bartolomé  (3).

* **Dirección de contacto:** rociomagdaleno@hotmail.com

Enfermera de Práctica Avanzada Oncohematología. Hospital Universitari Son Espases (Palma de Mallorca, España).

Resumen

Objetivo. Conocer la calidad de vida y la satisfacción con los cuidados que expresan los pacientes de 65 o más años, con diagnóstico reciente de cáncer, que reciben quimioterapia de forma ambulatoria en Hospital de Día de Adultos del Hospital Universitario Son Espases. Comparando la atención habitual de cuidados estándar, con la incorporación de una enfermera experta, denominada Enfermera de Práctica Avanzada. **Metodología.** El diseño del estudio es cuasiexperimental pre-post. Tiene 2 grupos aleatorios que realizarán 2 cuestionarios específicos para pacientes con cáncer validados para hospitales españoles: cuestionario de calidad de vida de pacientes con cáncer (Quality of life questionnaire), QLQ-C30 (versión 3) y cuestionario de valoración de la satisfacción con la atención expresada por pacientes ambulatorios con cáncer que reciben quimioterapia (Cancer Out-Patient Satisfaction with Care Questionnaire), OUT-PATSAT35 CT. Los cuestionarios se pasarán a ambos grupos antes del inicio de los tratamientos, y pasados 3-4 meses del inicio. **Relevancia.** Este proyecto pretende poner en valor la aportación de la figura de Enfermera de Práctica Avanzada en la mejora de la Satisfacción de los Cuidados recibidos por el paciente de edad avanzada con cáncer en el servicio de Hospital de Día de Adultos, así como la mejora en la Calidad de Vida de los mismos, para poder extrapolar la utilidad de esta figura en la coordinación de los cuidados de otros pacientes dentro de la propia unidad y de otras unidades hospitalarias.

Palabras clave

Calidad de vida; Satisfacción del paciente; Anciano Frágil; Quimioterapia; Enfermería de Práctica Avanzada.

Abstract

Objective. To assess the quality of life and satisfaction with care reported by patients aged 65 or older with a recent cancer diagnosis receiving ambulatory chemotherapy at the Adult Day Hospital of the Son Espases University Hospital. This study compares standard care with the incorporation of an expert nurse, referred to as an Advanced Practice Nurse. **Methodology.** The study design is a quasi-experimental pre-post approach. It consists of two randomly groups that will complete two specific questionnaires for cancer patients validated for Spanish hospitals: the Quality of Life Questionnaire for Cancer Patients (QLQ-C30, version 3) and the Cancer Out-Patient Satisfaction with Care Questionnaire (OUT-PATSAT35 CT). Both groups will complete questionnaires before the start of treatments and after 3-4 months after initiation. **Relevance.** This project aims to highlight the contribution of the Advanced Practice Nurse in improving the satisfaction with care received by elderly cancer patients in the Adult Day Hospital service; as well as enhancing their quality of life. This may help extrapolate the utility of this role in coordinating care of other patients within the unit and in other hospital units.

Keywords

Quality of Life, Patient Satisfaction, Frail Elderly, Drug Therapy, Advanced Practice Nursing.



ANTECEDENTES

Se define Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) según la Red de Regulación del Consejo Internacional de Enfermeras (International Council of Nurses Regulation Network) como: Una enfermera profesional que ha adquirido la base de conocimiento de experto, cuyas características se ajustan al contexto y/o al país en donde está autorizada para trabajar. Ejerciendo un liderazgo clínico en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia y en los resultados de la investigación en su práctica profesional. En su práctica integra cuatro roles: Clínico experto, consultor, docente e investigador (1).

Actualmente no existe un consenso o legislación a nivel nacional o internacional de competencias o roles de enfermería de práctica avanzada, lo cual hace que, en el cuidado del cáncer (como en otras patologías), se permitan una variación regional e institucional para satisfacer las necesidades de las poblaciones de pacientes y las demandas del sistema de atención de la salud. Sin embargo, la falta de claridad en torno a los títulos y roles genera confusión y una subutilización de los conjuntos de habilidades altamente especializadas de estas enfermeras (2).

El cáncer es una enfermedad que está muy ligada a la edad, y en el paciente de edad avanzada, la repercusión del tratamiento sobre la esperanza de vida activa es tan importante como la propia extensión de la vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), habrá un incremento del 11% al 22% en el diagnóstico de cáncer en la población mayor de 60 años entre 2000 y 2050. Alrededor del 40 por ciento de los pacientes con cáncer tienen más de 70 años, un porcentaje que irá aumentando debido al envejecimiento de la población (3).

Habitualmente los pacientes de edad avanzada se evalúan en las consultas médicas mediante la exploración física estándar y los antecedentes clínicos. La decisión terapéutica basada en estos criterios (edad cronológica, estado funcional y comorbilidad) no son suficientes para detectar las complejidades de la atención de los pacientes de edad avanzada (4).

En Baleares en 2021 se diagnosticaron 6130 nuevos casos de cáncer, con una tasa de 522 diagnosticados por cada 100.000 habitantes, de los cuales 2.741 nuevos casos se corresponden a personas de más de 70 años, según datos del Instituto Nacional de Estadística (5).

En países como Estados Unidos hay numerosos estudios que avalan la necesidad de crear equipos interdisciplinarios para el abordaje de estos pacientes oncológicos de edad avanzada, denominados complejos, que incluyan la figura de una EPA especializada en oncología (6). Una revisión de 2020 publicada en Hong Kong, y otra de 2021 en Brasil, sobre el valor de la EPA en el campo de la oncología, concluyen, que los pacientes oncológicos atendidos por una EPA reportan mejores resultados clínicos relacionados con el control y manejo de los síntomas, la calidad de vida, la supervivencia, y la satisfacción (7,8).

En España en comunidades como Andalucía han desarrollado la figura de la EPA en Procesos Oncológicos Complejos (EPA-POC), definiendo sus funciones, competencias y estrategias de cuidados en el Plan Integral de Oncología de Andalucía publicado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en 2018 (9). Una revisión de 2019 sobre los beneficios de la Enfermería de Práctica Avanzada para su expansión en el contexto español, concluye que, las EPA son capaces de realizar un seguimiento más eficaz de los pacientes crónicos, con un mejor control de los factores de riesgo, síntomas y resultados de salud y una detección más temprana de las complicaciones, aumentando la calidad de vida, el empoderamiento y también la satisfacción de los pacientes y familiares, así como disminuyen los ingresos hospitalarios (10).

En Baleares quedó definida desde 2017 la figura de la Enfermera Gestora de Casos, (considerada de práctica avanzada) en el paciente crónico complejo y el paciente crónico avanzado, y se hace necesario el diseño de nuevas rutas asistenciales para pacientes como el oncológico complejo, coordinadas por la EPA que aseguren una Valoración Integral y una continuidad asistencial con el consiguiente aumento de la calidad de cuidados de estos pacientes (11).

La complejidad de las personas tiene que ver con la pérdida de funcionalidad y la espiral de contactos con los servicios de salud, fragmentados y descoordinados, donde pacientes y familiares no saben qué hacer y se sienten aborrecidos por el laberinto de personas, entornos e intervenciones, a los que hay que añadir la presencia de determinantes socioeconómicos, que multiplican esta percepción de complejidad (11,12). Por tanto, podemos denominar persona frágil o, con un proceso complejo, a aquella que por condicionantes propios (edad, pluripatología, evento invalidante) o del entorno (pobreza, soledad, etc.) se muestra más vulnerable a la enfermedad o se recupera con mayor dificultad de ella.

La intervención enfermera estándar en estos pacientes en Hospital de Día de Adultos (HDDA) del Hospital Universitario Son Espases (HUSE) se centra en una valoración en consulta enfermera en su primer tratamiento de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, ofrecer información sobre efectos secundarios derivados de su tratamiento y educación sanitaria sobre autocuidados y signos de alarma en domicilio. El equipo enfermero es el encargado de la administración de tratamientos y si se detectan in situ signos y síntomas mal controlados es el encargado de derivarlo a su médico de referencia.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) nos permite hacer una correcta evaluación y orientarnos en la toma de decisiones. Estudios recientes reflejan que la EPA es el profesional adecuado para realizar VGI y, concluyen que a través de su intervención con estos pacientes frágiles se ha disminuido el número de ingresos hospitalarios

o se ha reducido la estancia hospitalaria de los mismos (13,14). Se ha demostrado que una de las mejores herramientas de cribado de fragilidad es el cuestionario Geriatric 8 (G8), que nos servirá para determinar qué pacientes son potencialmente frágiles y precisarán una valoración integral (15).

La definición del concepto de calidad de vida (CV) aparece en el año 1948, donde la OMS definió la salud y la acompañó posteriormente del término CV hasta evolucionar desde una definición conceptual hasta una serie de escalas y cuestionarios que permiten medir la percepción general del individuo, en tanto que la funcionalidad, el dolor, y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Con respecto a CV Relacionada con la Salud (CVRS) no existe una definición generalmente aceptada, la dada por Shumaker y Naughton, es de las más utilizadas por muchos investigadores, y dice así: La CVRS se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar (16).

Los cuestionarios para la medición de la CV permiten al profesional de la salud evaluar las estrategias de intervención en los individuos sujetos de cuidados y de esta manera planear actividades para el mantenimiento o mejora de la salud, la CV, y la percepción del mismo, a los procesos de salud y enfermedad.

La “European organization for research and treatment of cancer quality life” (EORTC), (Organización europea para la investigación y el tratamiento del cáncer y calidad de vida), es un organismo internacional en el que participan investigadores de diferentes países que trabajan en el área del cáncer y hacen un especial énfasis en aspectos relacionados con la CV de los pacientes que padecen esta patología (17,18). En la actualidad uno de los instrumentos más utilizados para medir dicha percepción es el cuestionario EORTC QLQ-C30 (versión 3) (17) (Quality of Life Questionnaire), cuestionario de calidad de vida de pacientes con cáncer.

El concepto de percepción de satisfacción de cuidados recibidos (SC) se refiere a la valoración que realiza el propio paciente de la excelencia general o superioridad de la atención recibida; la SC, señala hacia una respuesta afectiva positiva de los pacientes, que está relacionada con el grado en el que se han satisfecho sus expectativas, necesidades o deseos (19).

El cuestionario de valoración de la satisfacción con la atención expresada por pacientes ambulatorios con cáncer que reciben quimioterapia OUT-PATSAT35 CT (20), (Cancer Out-Patient Satisfaction with Care Questionnaire) es una adaptación validada en España del EORTC IN-PATSAT 32 (Cancer In-Patient Satisfaction with Care) (21,22).

Existen innumerables cuestionarios para valorar CV y SC, específicos para cada país, situación concreta o tipo de tumor. Tanto QLQ-C30 (versión 3) (17), como OUT-PATSAT35 CT (20), son cuestionarios específicos para pacientes con cáncer, validados para pacientes españoles con cáncer que reciben quimioterapia, siendo OUT-PATSAT35 CT (20), específico para quimioterapia en régimen ambulatorio, como es el caso de los participantes de este proyecto.

Con todo lo anterior, tras la incorporación en HUSE en mayo de 2021 de la figura de EPA en HDDA Oncohematológico, surge el planteamiento de cómo afectará la intervención y coordinación de los cuidados de dicha figura en la CV de pacientes de edad avanzada que reciben quimioterapia ambulatoria, y como percibirán la SC.

HIPÓTESIS

Se tratarán de probar las siguientes hipótesis:

1. Los pacientes de edad avanzada, que reciban la intervención de EPA-POC tanto en valoración, seguimiento y coordinación de cuidados, presentarán mayores niveles de percepción de CV que los pacientes de edad avanzada, que sigan circuito estándar de HDDA.
2. Los pacientes de edad avanzada, que reciban la intervención de EPA-POC tanto en valoración, seguimiento y coordinación de cuidados, presentarán mayores niveles de SC que los pacientes de edad avanzada que sigan circuito estándar de HDDA.
3. Los pacientes de edad avanzada que reciban la intervención de EPA-POC tanto en valoración, seguimiento y coordinación de cuidados, obtendrán una correlación más positiva entre percepción de CV y SC que los pacientes de edad avanzada, que sigan circuito estándar de HDDA.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Analizar si la intervención de la EPA-POC en los cuidados del paciente de edad avanzada, en tratamiento de quimioterapia ambulatoria, mejora su CV y SC frente a los pacientes que siguen circuito estándar.

Objetivos específicos

1. Evaluar la percepción de la CV de pacientes de edad avanzada que reciben quimioterapia ambulatoria en HDDA, con intervención de EPA-POC tanto en valoración, seguimiento y coordinación de cuidados frente, a los que siguen circuito estándar de HDDA.
2. Evaluar la SC enfermeros recibidos por el paciente de edad avanzada que recibe quimioterapia ambulatoria en HDDA, con intervención de EPA-POC tanto en valoración, seguimiento y coordinación de cuidados frente a circuito de atención estándar de HDDA.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio cuasiexperimental pre-post.

Las variables dependientes serán la CV de pacientes con cáncer mediante el cuestionario QLQ-C30 (versión 3) (17) y, la SC expresada por pacientes ambulatorios con cáncer que reciben quimioterapia mediante el cuestionario OUT-PATSAT35 CT (20).

La variable independiente será la intervención de la EPA, que actuará de coordinadora de cuidados del equipo interdisciplinar de HUSE y atención primaria, ofreciendo una VGI a aquellos pacientes detectados como potencialmente frágiles tras la realización del cuestionario G8, derivaciones a otros profesionales, continuidad asistencial y seguimiento al paciente tanto presencial como telefónico durante el proceso de su tratamiento ambulatorio.

La intervención de la EPA se realizará tanto de forma presencial como telefónica en la consulta de HDDA. Detallando su intervención realizará:

- *Primera visita* (tras aceptar participación en estudio): consistente en entrevista a los participantes y cuidadores, con un primer cribado de fragilidad a través del cuestionario Geriatric 8, en función de su resultado se realizará una VGI, detectando la presencia o no de síndromes geriátricos y/u otras comorbilidades, buscando posibles áreas de fragilidad tanto en el paciente como en el cuidador principal. Se ofrecerá un número de teléfono corporativo de la EPA, que podrán usar tanto para aclarar dudas de los circuitos a seguir en caso de descompensación de síntomas, solicitar agrupación de citas en una misma visita al hospital, como solicitar información sobre autocuidados en domicilio, entre otros.
- *Visitas sucesivas telefónicas programadas*: Tras cada ciclo de quimioterapia pasadas 48-72h de la administración del tratamiento se realizará un control de signos y síntomas en domicilio.
- *Consulta telefónica a demanda del paciente*: En cualquier momento durante los ciclos de tratamiento, cuando aparezcan signos o síntomas de alarma que no cedan con las recomendaciones de cuidados explicadas previamente.
- *Coordinación con otros profesionales*: Ya sean del propio hospital, (realizando derivaciones a psico-oncología, nutrición, enfermera de úlceras, enfermera de estomas...) a través de interconsultas; como a profesionales dependientes de su centro de salud, (como médico de familia, enfermera, trabajador social...) a través de la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria.
- *Cualquier otra intervención* que precise el paciente para mantener o restablecer su bienestar biopsicosocial, siempre y cuando este dentro de su ámbito de actuación.

El grupo experimental serán los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el estudio, realizándose 2 grupos aleatorios: Un grupo recibirá la atención de cuidados estándar en HDDA, haciendo de este modo de

control de un segundo grupo donde tendrá su intervención la EPA-POC.

Muestra

Los participantes serán usuarios que acudan al servicio de HDDA de HUSE, con diagnóstico reciente de cáncer adscrito a servicios de oncohematología que precisen iniciar tratamiento de quimioterapia vía parenteral por primera vez en régimen ambulatorio en HDDA. Durante 2021 se han registrado 180 pacientes de 65 o más años, que han iniciado tratamiento parenteral en HDDA de HUSE por primera vez a cargo de oncohematología, siendo este subgrupo de la población diana nuestra población a estudio.

En base a estos datos y a los resultados de estudios previos donde se han usado tanto QLQ-C30 (versión 3) (17) como OUT-PATSAT35 CT (20), obteniendo puntuaciones medias de CV y SC enfermeros en torno a 65% (21,22), se utilizó la calculadora de tamaño muestral GRANMO (Versión 7.12 abril 2012) para la estimación poblacional. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, se precisan 152 participantes en el grupo 1 y 152 participantes en el grupo 2, para detectar como estadísticamente significativa la diferencia entre dos proporciones, que para el grupo 1 se espera sea de 0,65 y para el grupo 2 de 0,8. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%. Se ha utilizado la aproximación de ARCOSENO.

Criterios de inclusión

- Tener 65 o más años, ambos sexos.
- Tener diagnóstico de cáncer adscrito a especialidad de oncología o hematología.
- Iniciar tratamiento de quimioterapia por vía parenteral por primera vez en HDDA.
- Cualquier nivel socioeconómico-cultural, siempre y cuando les permita leer y escribir.
- Firmar CI de participación en estudio.

Criterios de Exclusión

- Tener diagnóstico de cáncer adscrito a una especialidad distinta de oncología u hematología.
- Haber recibido primer ciclo de quimioterapia ingresado en unidad de hospitalización.
- Haber recibido quimioterapia previamente o estar en situación de recidiva de la enfermedad.
- Pacientes que padezcan otras enfermedades sistémicas, psiquiátricas y/o neurológicas que comprometan la calidad de vida.
- Decisión de abandonar el estudio.

Institución

El proyecto se llevará a cabo en el servicio de HDDA (módulo 1 H) de HUSE. En dicho servicio se realiza la administración de diferentes fármacos, entre ellos la quimioterapia, así como la realización de distintas pruebas diagnósticas a nivel ambulatorio sin precisar ingreso del paciente; En HDDA también se llevan a cabo consultas de oncología, hematología, farmacia y enfermería.

HUSE es un Hospital de nivel III en Palma de Mallorca, Baleares.

Instrumentos y materiales

Los instrumentos que se utilizarán en el estudio son cuestionarios validados para pacientes de hospitales españoles, con gran trayectoria de uso en otros estudios (más de 2200 registrados) a nivel nacional e internacional. En ellos se evaluará la CV de los pacientes y la percepción de SC recibido en su asistencia sanitaria. Se emplearán los siguientes cuestionarios:

- *Cuestionario de calidad de vida de pacientes con cáncer* (Quality of Life questionnaire), QLQ-C30 (versión 3) (17): Cuestionario diseñado por European organization for research and treatment of cancer quality life (EORTC) en 2000, consta de 30 ítems, las preguntas 1 a 28 con escalas de 4 puntos, las preguntas 29 y 30 con escalas de 7 puntos. Se compone de escalas de varios elementos y medidas de un solo elemento. Estos incluyen:
 - Cinco escalas funcionales.
 - Tres escalas de síntomas.
 - Una escala de estado de salud global / CV.
 - Seis ítems individuales.

Hay 3 versiones de la QLQ-C30 (1993, 1997 y 2000). La versión 3.0 es actualmente la versión estándar de QLQ-C30 (17) y debe usarse para todos los estudios a menos que los investigadores deseen mantener la compatibilidad con estudios previos, que utilizaron una versión anterior del QLQ-C30. Todas las escalas y medidas de un solo elemento varían en puntuación de 0 a 100. Una puntuación de escala alta representa un nivel de respuesta más alto. Por lo tanto, una puntuación alta para una escala funcional representa un nivel de funcionamiento alto / saludable, una puntuación alta para el estado de salud global / CV representa una CV alta, pero una puntuación alta para una escala / ítem de síntomas representa un alto nivel de sintomatología / problemas.

El permiso para utilizar el cuestionario QLQ-C30 (versión 3) (17) para este proyecto fue solicitado a EORTC y concedido a fecha de 30/12/2021.

- *Cuestionario de valoración de la satisfacción con la atención expresada por pacientes ambulatorios con cáncer que reciben quimioterapia* (Cancer Out-Patient Satisfaction with Care Questionnaire), OUT-PATSAT35 CT (20), adaptado por un equipo de investigadores francés de EORTC IN-PATSAT32 (para paciente hospitalizado), validado para hospitales españoles en el Complejo Hospitalario de Navarra por Juan Ignacio Arraras y otros (21,22). Evalúa las habilidades técnicas, las habilidades interpersonales y la provisión de información del resto de personal del hospital, el intercambio de información entre los cuidadores, los tiempos de espera, la accesibilidad, la comodidad y la limpieza del hospital, así como la evaluación general de la satisfacción con la atención (20).

El dispositivo de respuesta se basa en una escala tipo Likert con 5 modalidades ordenadas (de mala a excelente), calificadas de 1 a 5. Consta de varias partes:

- Médicos y Enfermeras, en la que se agrupan subescalas relativas a las competencias técnicas, a las cualidades relacionales, a la información dada y la disponibilidad.
- Organización del servicio: incluye 4 subescalas que evalúan el intercambio y coherencia de información entre profesionales, la identificación del médico referente, los tiempos de espera, la facilidad de contacto telefónico, el entorno físico del hospital, incluida su accesibilidad, comodidad y limpieza. Un ítem final de SC global.

El permiso para utilizar el cuestionario OUT-PAT-SAT35 CT para este proyecto, fue solicitado al autor de la validación para España, Juan Ignacio Arraras, concedida 23/01/2022.

Procedimiento

FASE I.- Elaboración, redacción, presentación y aceptación del proyecto. Unidad de Investigación de Enfermería de HUSE (UNIE), Comisión de Investigación de HUSE (CI-HUSE) y a Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares (CEI-IB).

FASE II.- Elección y clasificación de la muestra. Inicialmente se contactará con los usuarios/participantes en este estudio por la siguiente vía: Directamente en la consulta enfermera de HDDA del hospital con los usuarios/participantes que son atendidos en primera visita enfermera para iniciar primer ciclo de quimioterapia in situ, los que cumplan criterios de inclusión se derivan a consulta EPA física o telefónica.

FASE III.- Información y firma del consentimiento informado. En consulta de EPA de HDDA se le explicará los objetivos del estudio y procedimiento a seguir, entregándoles toda la información por escrito (un resumen con el título, objetivos y procedimiento para el desarrollo del estudio, así como las consideraciones específicas para su participación). Tras la aceptación de la participación en el estudio, deberán firmar un consentimiento informado. Los participantes han de rellenar una ficha con sus datos de filiación y sociodemográficos mediante entrevista personal o telefónica.

FASE IV.- Se realizará la aleatorización de la muestra.

Se le asignará un número/código a cada paciente, en función del orden de selección y a través de la aleatorización del programa informático Excel, se determinará que números corresponden al grupo 1 y que números corresponden al grupo 2.

- Grupo 1: Grupo con atención de cuidados estándar de HDDA.

- Grupo 2: Grupo con atención de cuidados estándar de HDDA más intervención de cuidados de EPA-POC.

FASE V.- Estudio previo de las distintas variables. La CV de pacientes con cáncer y, la SC expresada por pacientes ambulatorios con cáncer que reciben quimioterapia.

Se aplicarán los cuestionarios QLQ-C30 (versión 3) (17) y OUT-PATSAT35 CT (20) a los participantes bien de forma directa por los miembros del grupo de investigación el día de primer tratamiento, o por teléfono, pasadas 24-72h horas de su asistencia a HDDA.

FASE VI. - Intervención en la valoración, coordinación y seguimiento de los cuidados de EPA o intervención del equipo estándar de HDDA, según resultado de aleatorización de muestra.

FASE VII.- Estudio de las variables mencionadas en el apartado V, posterior a la aplicación de cuidados enfermeros.

Trascurridos 4 ciclos de quimioterapia o 3-4 meses de la primera recogida de datos (tiempo variable en función del intervalo de tiempo entre ciclos de quimioterapia, realizar la segunda recogida de datos con mínimo 2 meses de diferencia de intervalo de tiempo de la primera), los miembros del grupo investigador se pondrán en contacto con los participantes para pasar nuevamente los cuestionarios QLQ-C30 (versión 3) (17) y evaluar la CV de pacientes con cáncer y OUT-PATSAT35 CT (20) para evaluar la SC expresada por pacientes ambulatorios con cáncer que reciben quimioterapia.

FASE VIII.- Recogida y organización de todos los datos considerando los principios éticos y seguridad de los datos.

FASE IX.- Evaluación final de los resultados. Conclusiones. Difusión.

Se obtendrán las conclusiones pertinentes y se realizará la difusión de los resultados, y en caso de obtener los resultados esperados según nuestras hipótesis previas, se instará a instaurar la figura de EPA como coordinadora de cuidados de Pacientes Oncohematológicos Complejos/Frágiles, independientemente de la edad de estos, así como se instará a mejorar los recursos que se precisen para mantener y mejorar la satisfacción con la atención recibida.

Análisis de los datos

Se utilizará el programa Microsoft® Excel 2017 para la aleatorización de muestra en 2 ramas y para la organización de datos de las variables dependientes.

Se llevará a cabo estadística descriptiva e inferencial a través del programa IBM SPSS Statistics 20.1. Se aportarán las medias y desviaciones estándar de las variables cuantitativas. Antes del contraste de medias se analizará los datos de las diferentes variables para observar si cumplen criterios de normalidad con la prueba de Levene. Si los datos se ajustan a la normalidad posteriormente se llevará a cabo contrastes de medias con pruebas paramétricas (t student). Pero si no cumple criterios de normalidad se llevará a cabo contraste de medias con pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney). Se establecerán correlaciones (con r de Pearson o Rho de Spearman) entre variables para posteriormente explorar el grado de predicción de algunas variables centrales sobre otras.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO SANITARIA DEL ESTUDIO

Este proyecto pretende poner en valor la aportación de la figura de EPA en la mejora de la SC recibidos por el paciente de edad avanzada con cáncer en el servicio de HDDA, así como la mejora en la CV de los mismos, para poder extrapolar la utilidad de esta figura en la coordinación de los cuidados de otros pacientes dentro de la propia unidad y de otras unidades hospitalarias.

Para los pacientes este proyecto supondrá:

- Tener una figura referente: con acceso telefónico directo bidireccional durante el proceso de su quimioterapia, para consulta de dudas, reforzar educación sanitaria ofrecida en HDDA, coordinación con otros profesionales y otros niveles asistenciales, agrupar pruebas complementarias en una misma visita, etc., economizando los desplazamientos al hospital.
- Seguimiento telefónico activo tras cada ciclo de tratamiento, pudiendo detectar inicio de sintomatología de efectos secundarios de forma temprana, reforzando información de educación sanitaria sobre los cuidados pertinentes según cada situación.
- Una disminución del uso de servicios de urgencias, al detectar los problemas de forma temprana e iniciar los cuidados en domicilio de forma precoz, con la consiguiente disminución de visitas al hospital y posibles ingresos.

Para los profesionales este proyecto supondrá:

- Una mayor coordinación del equipo interdisciplinar, aumentando coordinación entre atención primaria y hospitalaria, detectando problemática de forma temprana y pudiendo activar circuitos sociosanitarios de forma precoz.
- Una mayor información documentada de Historia Clínica del estado de salud del paciente tras cada ciclo de quimioterapia, gracias a los seguimientos telefónicos.
- Una menor carga asistencial en los servicios de Urgencias, y Consulta preferente de HDDA, al iniciar control de síntomas del paciente de forma precoz en su domicilio.

Para el Servicio y Hospital este proyecto supondrá:

- Una Novedad, al incorporar la figura de la EPA como coordinadora de equipo interdisciplinar, siguiendo modelos ya establecidos en otras Comunidades Autónomas, Europa y EE. UU.
- La implantación de un modelo de cuidados personalizado basado en la mejor evidencia disponible, que proporcione al paciente una continuidad asistencial durante todo el proceso de su tratamiento ambulatorio. Siendo el propio paciente el responsable del manejo de su estado de salud, confiriéndole autonomía de cuidados y proporcionándole herramientas para mantener el mayor nivel de Calidad de Vida posible.
- Una disminución de costes económicos: Con pacientes más formados e informados en cuidados, conocedores del buen uso de los circuitos de la unidad, con una detección temprana y mayor control de síntomas, presentarán una mayor calidad de Vida, una mayor satisfacción de los cuidados recibidos y, en consecuencia, un menor uso de servicios de urgencias, e ingresos con disminución de estancias hospitalarias.

Según la bibliografía revisada, numerosos estudios avalan la necesidad de incorporar una EPA en sus unidades para mejorar los cuidados de los pacientes, disminuir el número de ingresos hospitalarios y la duración de los mismos, así como el número de visitas a los servicios de urgencias, siendo más costo/efectivos en el uso de recursos sociosanitarios, con lo que la enfermería de HUSE como Hospital de referencia de las Islas Baleares debería ir en esta dirección para conseguir máximas de calidad asistencial.

Para la implementación de este proyecto será preciso la implicación y colaboración del equipo enfermero de HDDA para la captación y derivación de pacientes a la EPA.

Una vez finalizado el proyecto se realizará la difusión de sus resultados en la unidad, el propio hospital y congresos científicos, así como pueden derivar de él, diferentes publicaciones científicas.

CRONOGRAMA

DESCRIPCIÓN	2021	2022				2023	2024	
	S/D	E/A	↔	O	N/D	E/D	E/M	A/Ma
FASE I: Diseño, Revisión y Aprobación: UNIE-HUSE, CI-HUSE, CEI-IB y Dirección HUSE.								
FASE II: Elección y clasificación de la muestra.								
FASE III: Información y firma del consentimiento informado.								
FASE IV: Se realizará la aleatorización de la muestra.								
FASE V: Estudio previo de las distintas variables.								
FASE VI: Intervención en cuidados de la EPA o intervención del equipo estándar de HDDA.								
FASE VII: Estudio de las variables del apartado V, posterior a la aplicación de cuidados enfermeros.								
FASE VIII: Recogida/ organización datos, según principios éticos y seguridad de datos								
FASE IX: Evaluación final de resultados. Difusión.								

Tabla 1. Cronograma Proyecto.

Notas. S: Septiembre; D: Diciembre; E: Enero; A: Abril; O: Octubre; N: Noviembre; M: Marzo; Ma: Mayo; ↔ Periodo de inactividad.

RECURSOS Y PRESUPUESTO

Para llevar a cabo este proyecto no se precisa de ningún coste adicional por parte de HUSE, como se reflejó en un informe de costes presentado a la dirección del hospital previo a la concesión de autorización para su puesta en marcha, precisándose recursos ya disponibles en el propio hospital como son:

Enfermera de Práctica Avanzada

60-70% de la jornada laboral, para la ejecución del proyecto de investigación, que forma parte de la atención habitual de la EPA en HDDA.

Enfermera de HDDA a tiempo parcial

Para el correcto desarrollo del proyecto, debido a que la duración de la recogida de datos está estipulada en 2

años, para poder cubrir los periodos vacacionales de la EPA y que no suponga un sesgo la parada de continuidad de cuidados y la recogida de datos sin mantener los tiempos estipulados, se hace necesaria, la formación de una enfermera experta de la unidad, para que conozca la función de coordinación de cuidados de la EPA, y pueda suplir su función durante los periodos vacacionales o de descanso.

Material de Imprenta

Impresión de Hoja informativa al paciente, Consentimiento Informado, Hoja de datos sociodemográficos y 2 cuestionarios pre y post.

Para el análisis de datos, interpretación y difusión de los mismos se precisan los siguientes recursos, para los que se solicitarán fondos en forma de becas (Tabla 2).

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Recursos humanos	No se necesita personal extra	0 €
Material imprenta	Encuestas, hoja de Información al paciente, ficha del participante y consentimiento informado	200 €
Técnico para análisis de los datos	Presupuesto Institut d' Investigació sanitària Illes Balears (IdISBA)	500 €
Asistencia a congresos afines para difusión	Congreso Nacional e Internacional de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica: Inscripción, desplazamiento, alojamiento y dietas: 1000€	1.900 €
	Encuentro Internacional de investigación en Cuidados. INVESTEN. ISCIII.: Inscripción, desplazamiento, alojamiento y dietas: 900€	
Publicaciones Open Access	2 publicaciones: 2500€/artículo	5.000 €
PRESUPUESTO TOTAL		7.600 €

Tabla 2. Recursos para ejecución y difusión del proyecto.

AGRADECIMIENTOS

A Juan Manuel Gavala, por promover el desarrollo de la Investigación y la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada en HUSE. A José Ángel Rubiño por motivarnos a desarrollar este proyecto y ayudarnos a darle forma. A Mónica Guerra y Magdalena Batle, por apoyar la puesta en marcha del proyecto. Y a todo el equipo enfermero de HDDA por colaborar en la recogida de datos. Gracias Equipazo.

DATOS AUTORES

(1) Enfermera de Práctica Avanzada Oncohematología. Hospital Universitari Son Espases; (2) Enfermera. Hospital Universitari Son Espases (Palma de Mallorca, España); (3) Enfermera. Hospital Virgen de la Concha (Zamora, España).

Recibido: 18/12/2023. Aceptado: 27/06/2024.

Versión definitiva: 09/07/2024

BIBLIOGRAFÍA

- Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clín.* 2015; 25 (5): 267-275. DOI: 10.1016/j.enfcli.2015.06.007
- Dowling M, Pape E, Geese F, Van Heckec A, Bryant-Lukosius D, Ceron MC, et al. Advanced Practice Nursing Titles and Roles in Cancer Care: A Scoping Review. *Seminars in Oncology Nursing.* 2024; 40(3). DOI: 10.1016/j.soncn.2024.151627.
- Sociedad Española de Oncología Médica: Las cifras del cáncer en España, SEOM [Internet]. 2020. [Consultado 29 dic 2021]. Disponible en <https://seom.org/dm-cancer/cifras-del-cancer/Informe-SEOM-cifras-cancer-2020>.
- Balducci L. Aging, frailty and chemotherapy. *Cancer Control.* 2007; 4 (1): 7-12. DOI: 10.1177/107327480701400102
- Asociación Española contra el cáncer. Informe de incidencia de diagnóstico de cáncer por geografía [Internet]. 2021. [consultado: 11 enero 2022]. Disponible en <http://observatorio.aecc.es/#datos-informes>.
- Eid A, Hughesb C, Karuturic M, Reyesa C, Yorico J, Holmesd H. An interprofessionally developed geriatric oncology curriculum for hematology–oncology fellows. *J Geriatr Oncol.* 2015; 6(2): 165–173. DOI: 10.1016/j.jgo.2014.11.003
- Molassiotis A, Liu XL, Kwok SW. Impact of advanced nursing practice through nurse-led clinics in the care of cancer patients: A scoping review. *Eur J Cancer Care.* 2021; 30 (1). DOI: 10.1111/ecc.13358.
- Schneider F, Silveira Kempfer S, Schubert Backes VM. Training of advanced practice nurses in oncology for the best care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55: e03700. DOI: 10.1590/S1980-220X2019043403700.
- Casado Mora M I, Sepúlveda Ramos J M, Bouzada Guillén Y, López Camacho F, Zamudio Sánchez A, Salinas Pérez-Forero V. Enfermera de Práctica Avanzada en Procesos Oncológicos Complejos (EPA-POC). Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2018. [consultado: enero 2022]. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/epa_oncologia.pdf.
- Sánchez-Gómez MG, Ramos-Santana S, Gómez-Salgado J, Sánchez-Nicolás F, Moreno-Garriga C, Duarte-Clímets G. Benefits of Advanced Practice Nursing for Its Expansion in the Spanish Context. *Int J Env Res Pub He.* 2019; 16(5): 680. DOI: 10.3390/ijerph16050680.
- Miguélez Chamorro A, Casado Mora MI, Company Sancho MC, Balboa Blanco E, Font Oliver MA, Román Medina I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clín.* 2019; 29(2):99-106. DOI: 10.1016/j.enfcli.2018.10.003
- Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clín.* 2014; 24:23-34. DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.10.002.
- Mashlan W, Heffey S, Jones L. Advanced nurse practitioners can lead comprehensive geriatric assessment in acute hospitals. *Nurs. Older People.* 2020; 32 (1): 21-25. DOI: 10.7748/nop.2019.e1182.
- Poret A, Dupuy Goodrich L. Accompagner la fragilité des personnes âgées : de la résilience à la diminution des hospitalisations. *Soins.* 2023; 68 (874): 60-62. DOI : 10.1016/j.soin.2023.03.014.
- Molina Garrido MJ, Guillén Ponce C. Oncogeriatría: una forma de optimizar la atención del paciente anciano con cáncer. *Nutr. Hosp.* 2016; 33 (1): 31-39.
- Shumaker SA, Naughton MJ. The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective. *The International Assessment of Health-Related Quality of Life.* 1995; 3-10.
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993; 85: 365-376. DOI: 10.1093/jnci/85.5.365
- Cruz Bermúdez HF, Moreno Collazos JE, Angarita Fonseca A. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enferm. glob.* 2013; 12 (30): 294-303.
- Manterola A, Arraras J I, Arias de la Vega F, Asin G, Arrazubi V, Morilla I. La evaluación de la satisfacción con los cuidados en el paciente oncológico. El sistema de medida de la EORTC. *Psychooncology.* 2010; 7(1), 35 - 50. DOI:10.5209/REV_PSIC. 2010. V7. N1.15949
- Poinsot R, Altmeyer A, Conroy T, Savignoni A, Asselain B, Léonard I, et al. Multisite validation study of questionnaire assessing out-patient satisfaction with care questionnaire in ambulatory chemotherapy or radiotherapy treatment. *Bull Cancer.* 2006; 93(3):315–327.
- Arraras JI, Illarramendi JJ, Viudez A, Lecumberri MJ, De la Cruz S, Hernandez B, et al. The cancer outpatient satisfaction with care questionnaire for chemotherapy, OUT-PATSAT35 CT: a validation study for Spanish patients. *Support Care Cancer.* 2012; 20(12):3269-78. DOI: 10.1007/s00520-012-1467-y
- Arraras JI, Illarramendi JJ, Viudez A, Ibáñez B, Lecumberri MJ, De la Cruz S, et al. Determinants of patient satisfaction with care in a Spanish oncology day hospital and its relationship with quality of life. *Psychooncology.* 2013; 22(11):2454-61. DOI: 10.1002/pon.3307.