



ARTÍCULO ESPECIAL

Descripción y consenso del rol del profesional de enfermería en la gestión integral del paciente hematológico: resultados de un estudio Delphi multicéntrico nacional



C. Aguilera Gómez^a, C. Boqué Genovard^{b,*}, R. Córdoba Mascuñano^c,
R. García-Delgado^d, E. García Barahona^e, M. Martí^f y C. Santos Palomimo^g

^a Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España

^b Servicio de Hematología, Institut Català d'Oncologia, Hospital Duran y Reinalds, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España

^c Servicio de Hematología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^d Servicio de Hematología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

^e Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

^f Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona, España

^g Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

Recibido el 8 de enero de 2018; aceptado el 11 de marzo de 2018

Disponible en Internet el 14 de julio de 2018

PALABRAS CLAVE

Enfermería;
Gestión de servicios;
Información
al paciente;
Servicio de
Hematología;
Enfermería de
práctica avanzada

Resumen

Antecedentes y objetivo: El Servicio de Hematología ha experimentado importantes avances en los últimos años. Dado el papel vital que desempeña la enfermera en el cuidado del paciente hematológico, es prioritario adaptar su rol a las necesidades asistenciales actuales para garantizar un manejo óptimo. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de acuerdo entre profesionales del Servicio de Hematología respecto al rol que debería desempeñar el profesional de enfermería y la importancia de su figura en la gestión integral de estos pacientes en un escenario de trabajo multidisciplinar.

Pacientes y método: Estudio Delphi multicéntrico nacional con especialistas de hematología y profesionales de enfermería. Se realizaron 2 rondas de preguntas y se obtuvo consenso cuando $\geq 75\%$ de los panelistas puntuaron en el mismo tercil (1-3: consenso de desacuerdo; 7-9: consenso de acuerdo) y el intervalo intercuartílico de la mediana de las respuestas fue ≤ 4 .

Resultados: Se invitó a un total de 33 profesionales del Servicio de Hematología, 19 especialistas en hematología y 14 profesionales de enfermería. En la primera ronda respondieron 25 panelistas (14 especialistas en hematología y 11 profesionales de enfermería) y en la segunda ronda respondieron 22 panelistas (12 especialistas en hematología y 10 profesionales de enfermería). El panel de expertos estuvo de acuerdo en que la enfermería hematológica

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: c.boque@iconcologia.net (C. Boqué Genovard).

debe tener una formación específica (96%) y en la definición del rol de enfermería en el proceso asistencial del paciente hematológico, a excepción de la posible intervención del profesional de enfermería en la toma de decisiones sobre el tratamiento oncológico más adecuado para el paciente (58%). El rol del profesional de enfermería como referente del paciente durante todo el proceso asistencial y su implicación en el proceso en el momento del diagnóstico se consensuaron en la segunda ronda (72,7 y 68,2%). Fueron aspectos altamente consensuados su papel en el control del estado nutricional (100%), el cumplimiento de visitas (96%) y la educación sanitaria al paciente y a la familia (96%). El panel consideró como aspectos importantes la mejora de la adherencia al tratamiento (96%) y el rol como consultor de cuidados específicos del paciente hematológico dentro del hospital (96%). El 88% de los panelistas consideraron que, con la educación sanitaria y el seguimiento de los pacientes, enfermería hematológica reduce tanto las visitas al servicio de urgencias de los pacientes como las visitas presenciales en consultas externas del centro sanitario.

Conclusiones: El perfil actual del profesional de enfermería hematológica implica un alto grado de especialización. Las competencias del profesional de enfermería hematológica están dirigidas a garantizar una gestión integral de estos pacientes, con importantes funciones asistenciales, son pieza clave en la educación al paciente y en el flujo de información, y se enmarcan dentro de un escenario de trabajo multidisciplinar.

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Nursing;
Service management;
Patients;
Haematology Service;
Advanced practice
nursing

A description and consensus on the role of the professional in the integral management of the haematology patient: Results of a national multicentre Delphi study

Abstract

Background and objective: The Haematology Service has undergone significant advances in recent years. Given the vital part played by the nurse in the care of the haematology patient, ensuring optimal management by adapting their role to meet the current healthcare needs is a priority. The aim of this study was to evaluate the level of agreement among professionals of the Haematology Service regarding the role of the nursing professional and their importance in the comprehensive management of these patients in a multidisciplinary work setting.

Patients and method: A national multicentre Delphi study with haematology specialists and nursing professionals. A two-round questionnaire was used, and consensus was reached when > 75% of the panellists scored on the same tertile (1-3: disagreement, 7-9: agreement), and the interquartile range of the median of the responses was ≤ 4 .

Results: A total of 33 professionals from the Haematology Department were invited to participate, of whom 19 were haematology specialists and 14 were nursing professionals. In the first round, 25 panellists responded (14 haematology specialists and 11 nursing professionals), and in the second round, 22 panellists responded (12 haematology specialists and 10 nursing professionals). The panel of experts agreed that haematology nurses should have specific training in haematology (96%) and on the definition of the role of nursing in the care process of the haematology patient, except in the possible participation in decision-making with regard to the most appropriate oncological treatment for a patient (58%). The role of the nursing professional as a reference for the patient throughout the healthcare process and their involvement in the process at the time of diagnosis were agreed upon in the second round (72.7% and 68.2%). Their role in the control of nutritional status (100%), visit compliance (96%), and health education for the patient and the family (96%) were included in the highly agreed upon aspects. The panel considered the improvement of adherence to treatment (96%), and the role as consultant for specific care of the haematology patient within the hospital (96%) as important aspects. Together with health education and patient follow-up, a total of 88% of the panellists considered that the haematology nurse reduces patient visits to the emergency department as well as physical visits to the outpatient clinics of the health centre.

Conclusions: The current profile of the haematology nursing professional implies a high level of specialisation. The competencies of the haematology nursing professional are aimed at guaranteeing an integral management of these patients; with important healthcare functions, as well as a key element in the flow of information, and are framed within a multidisciplinary work setting.

© 2018 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años se han producido importantes cambios en el sistema sanitario español y el Servicio de Hematología es uno de los servicios que más se ha visto afectado. Dentro de las diferentes especialidades sanitarias, la Hematología y Hemoterapia es una especialidad de ámbito fundamentalmente hospitalario con una estructura singular, ya que incluye la integración orgánica y funcional de aspectos clínicos y de laboratorio íntimamente relacionados entre sí. El cuidado del paciente hematológico es una práctica muy exigente por la amplitud del campo de atención, la gravedad y la complejidad de los procesos y los efectos adversos derivados del tratamiento, lo que ha convertido la clínica hematológica en una asistencia de alta complejidad y consumo de recursos, que requiere un enfoque multidisciplinar¹.

Dentro de este enfoque multidisciplinar, los profesionales de enfermería tienen una posición clave en la coordinación de la atención brindada dado que, además de ser los responsables en la coordinación de los cuidados, son los profesionales más cercanos al paciente y a su familia². Esta posición los sitúa como profesional idóneo para favorecer el abordaje integral del paciente en la prevención de complicaciones, el control de los efectos secundarios y la atención a los aspectos psicosociales de la persona y desempeñar la función de nexo entre los distintos niveles asistenciales de forma eficaz³. Por otro lado, los nuevos desarrollos técnicos y de diagnóstico y la complejidad creciente de los tratamientos hematológicos hacen cada vez más imprescindible la especialización y formación del profesional de enfermería para garantizar un manejo óptimo del paciente, que incorpore los últimos avances dentro del campo⁴.

Teniendo en consideración todos estos aspectos, es prioritario repensar el rol del profesional de enfermería para adaptarlo a las necesidades asistenciales actuales, de tal forma que se garantice una atención integral de estos pacientes que permita utilizar los recursos humanos más eficazmente⁵. En España, no hay protocolos de actuación de enfermería hematológica unificados y las directrices que hay se centran fundamentalmente en aspectos concretos del manejo del paciente^{6,7} y no profundizan en el desarrollo de las funciones y el papel de la «enfermera de práctica avanzada» existente en otros países.

Por ello, el objetivo de este trabajo fue evaluar el grado de acuerdo entre profesionales del Servicio de Hematología respecto al rol que debería desempeñar el profesional de enfermería y la importancia de su figura en la gestión integral del paciente hematológico en un escenario de trabajo multidisciplinar.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio Delphi multicéntrico nacional, de carácter exploratorio, con especialistas en hematología y profesionales de enfermería encargados del manejo del paciente hematológico.

El estudio se efectuó en 5 fases: a) constitución de un Comité Científico y fundamento del proyecto;

b) organización de los miembros del Comité Científico por grupos de trabajo y reparto de los principales temas que abordar; c) búsqueda bibliográfica y formulación del cuestionario estructurado por temas; c) constitución del panel de expertos formado por profesionales de hematología (médicos y enfermeras) y realización de la encuesta *online* en 2 rondas y d) recopilación, análisis de resultados y discusión de las conclusiones⁸.

Elaboración y formulación del cuestionario

Para la elaboración del cuestionario se organizó a los miembros del Comité Científico por grupos de trabajo y cada grupo preparó las preguntas que consensuar respecto a los temas prioritarios establecidos, especificó una serie de palabras clave para realizar una búsqueda bibliográfica y, tras la revisión de la literatura identificada, hizo la primera propuesta de cuestionario redactado mediante aseveraciones (afirmativas o negativas) para realizar el estudio Delphi. Cada aseveración o ítem sintetizó un criterio profesional controvertido o algún aspecto sobre el tema en el que la evidencia científica resultaba insuficiente. La propuesta fue revisada por todos los miembros del Comité Científico, que hicieron las aportaciones que consideraron oportunas.

Finalmente, el cuestionario incluyó un total de 45 aseveraciones que se estructuraron en 5 grandes bloques: 1) habilidades y competencias del personal de enfermería en hematología; 2) definición del rol de enfermería en el proceso asistencial del paciente hematológico; 3) integración de la enfermería hematológica en el flujo del paciente hematológico y responsabilidades administrativas; 4) importancia del abordaje a través del Servicio de Enfermería del paciente hematológico y oportunidades de mejora y 5) sistemas de medición y seguimiento de las variables asistenciales.

Todas las preguntas debían responderse para obtener así la opinión de todos los panelistas participantes. En la segunda ronda, solo se consultaron aquellos ítems en los que no se obtuvo consenso en la ronda precedente, es decir, aquellas aseveraciones que no obtuvieron al menos un 75% de las respuestas agrupadas en las puntuaciones 1-3 (consenso en el desacuerdo) o en las puntuaciones 7-9 (consenso en el acuerdo).

El primer cuestionario (ronda 1) se realizó del 20 de abril al 8 de mayo de 2017. Tras su análisis, se preparó el segundo cuestionario (ronda 2), que incluía las aseveraciones no consensuadas en la primera ronda y en el que los expertos del Comité Científico pudieron contrastar confidencialmente sus opiniones personales con la opinión agregada del panel y reconsiderar, si lo estimaban pertinente, sus criterios iniciales en las aseveraciones que no habían sido objeto de consenso. La segunda ronda se llevó a cabo entre el 19 de mayo y el 1 de junio de 2017. Posteriormente, se recopilaron las respuestas de los participantes y se valoraron estadísticamente los resultados para determinar si había acuerdo/consenso.

Panel de expertos participantes

Todos los participantes del presente estudio fueron previamente seleccionados por los miembros del Comité Científico

y debían cumplir con las siguientes características en su perfil profesional: debían desarrollar su actividad en hematología clínica y tener un perfil principalmente asistencial, su experiencia y conocimientos debían abarcar la problemática de los cuidados de pacientes ingresados, de consulta y de aquellos pacientes atendidos en el hospital de día y, por último, debían tratar tanto la enfermedad linfóide como la mieloide.

Tras este proceso de selección, se invitó a un total de 33 profesionales: 19 especialistas en hematología y 14 profesionales de enfermería.

Valoración de los resultados: escala Likert

Las preguntas se dispusieron en una escala de tipo Likert ordinal (de 1 a 9) que mantenía constante el sentido de la tendencia (mínimo 1: pleno desacuerdo, máximo 9: pleno acuerdo). Las diferencias significativas en las preguntas de valoración del Delphi con escala de puntuación de tipo Likert que se consideraron clínicamente relevantes fueron las que, en la interpretación, incluyeron un cambio de categoría: desacuerdo (1-3), ni en desacuerdo ni acuerdo (4-6), de acuerdo (7-9)⁹.

Análisis estadístico

Los valores obtenidos en la escala de Likert se agruparon por terciles y se calculó la frecuencia de respuesta en cada uno de los terciles. La valoración de consenso para cada ítem fue la siguiente: consensado en el acuerdo: si la mediana entraba en la región 7-9; consensado en el desacuerdo: si la mediana estaba incluida en la región 1-3; no consensado: si la mediana estaba en la región 4-6.

En el presente estudio, se ha utilizado la definición de consenso basada en el llamado «método del uso apropiado de RAND (*Research AND Development*)»¹⁰, que considera un ítem como consensado cuando el número de panelistas que vota fuera de la región 1-3 o 7-9 es menor de 1/3 del total y el intervalo intercuartílico de la mediana de las respuestas es ≤ 4 .

Para el cálculo del número de participantes necesarios, aunque la técnica Delphi no limita el número, estudios previos señalan que, en grupos relativamente homogéneos, no deben ser menos de 7 los expertos y que el máximo se considera alrededor de 30¹¹. Se considera que un número superior a 30-40 no aporta información adicional. Por ello, el número de participantes propuesto fue 33 expertos, valorando las posibles pérdidas.

Resultados

Perfil de los expertos que participaron en el estudio

El Comité Científico del proyecto estaba formado por hematólogos con experiencia en trabajar en unidades que disponen de enfermera gestora de hematología. Esas mismas enfermeras formaron parte también del Comité Científico, dada su labor como gestoras de casos en el servicio. Así

mismo, dicho Comité fue el encargado de escoger a los panelistas según los criterios especificados con anterioridad.

Resultados del cuestionario Delphi

En la primera ronda respondieron 25 panelistas (14 especialistas en hematología y 11 profesionales de enfermería) y en la segunda ronda respondieron 22 panelistas (12 especialistas en hematología y 10 profesionales de enfermería), lo que constituye una pérdida de panelista en la primera ronda del 24% y en la segunda ronda de un 9% adicional.

Definición del rol de enfermería en el proceso asistencial del paciente hematológico

Los resultados del primer bloque de ítems muestran un alto grado de acuerdo en la definición de la figura de enfermería hematológica en cuanto a habilidades y competencias, que aparecen resumidas en la [tabla 1](#). Los panelistas consideran que el profesional de enfermería hematológica debe tener una formación específica en hematología (96%) que incluya conocimientos del proceso asistencial hematológico, toxicidades específicas del tratamiento, cuidados de catéteres venosos centrales, tratamiento que los precisan, soporte transfusional y síntomas de alarma de posibles complicaciones. Además, hubo consenso absoluto (100%) respecto a que enfermería hematológica debe tener habilidades de empatía y asertividad con el paciente.

Rol de enfermería en el proceso asistencial del paciente hematológico

El panel de expertos estuvo de acuerdo en la definición del rol ([tabla 2](#)), excepto en la posible intervención en la toma de decisiones sobre el tratamiento oncológico más adecuado para un paciente (54,5%).

Integración de la enfermería hematológica en el flujo del paciente hematológico y responsabilidades administrativas

Los resultados sobre la integración de la enfermería hematológica en el flujo del paciente hematológico y responsabilidades administrativas aparecen resumidos en la [tabla 3](#). El rol del profesional de enfermería como referente del paciente durante todo el proceso asistencial y su implicación en el proceso en el momento del diagnóstico se consensaron en la segunda ronda (72,7% y 68,2%). Fueron los aspectos altamente consensados su papel en el control del estado nutricional (100%), el cumplimiento de visitas (96%) y la educación sanitaria al paciente y a la familia (96%).

Importancia del abordaje enfermero del paciente hematológico y oportunidades de mejora

El panel consideró como aspectos importantes del abordaje enfermero del paciente hematológico ([tabla 4](#)) la mejora de la adherencia al tratamiento (96%) y el rol como consultor

Tabla 1 Resultados del bloque 1. Habilidades y competencias del personal de enfermería en hematología

	Mediana (IIC)	Grado de acuerdo	Resultado
1. Enfermería hematológica debe tener una formación específica en hematología para realizar las labores de enfermería hematológica	9 (7,5-9)	96,0	Acuerdo en 1.ª ronda
2. Enfermería hematológica debe tener conocimientos del proceso asistencial hematológico: diagnóstico, estadificación y tratamiento	9 (7-9)	88,0	Acuerdo en 1.ª ronda
3. Enfermería hematológica debe conocer las toxicidades específicas del tratamiento y preguntar activamente por ellas	9 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1.ª ronda
4. Enfermería hematológica debe tener conocimientos en cuidados de catéteres venosos centrales	9 (9-9)	100,0	Acuerdo en 1.ª ronda
5. Enfermería hematológica debe conocer qué tratamientos precisan de su administración por un acceso venoso central para gestionar su colocación	9 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1.ª ronda
6. Enfermería hematológica debe tener conocimientos en soporte transfusional	9 (8-9)	100,0	Acuerdo en 1.ª ronda
7. Enfermería hematológica debe conocer los signos y síntomas de alarma que puedan indicar una complicación en la enfermedad del paciente	9 (8-9)	100,0	Acuerdo en 1.ª ronda
8. Enfermería hematológica tiene la competencia de establecer objetivos terapéuticos y planificar intervenciones para cumplirlos	8 (8-9)	95,5	Acuerdo en 2.ª ronda
9. Enfermería hematológica debe tener habilidades de empatía y asertividad con el paciente	9 (9-9)	100,0	Acuerdo en 1.ª ronda

de cuidados específicos del paciente hematológico dentro del hospital (96%).

Sistemas de medición y seguimiento de las variables asistenciales

El 88% de los panelistas consideraron que, con la educación sanitaria y el seguimiento de los pacientes, enfermería hematológica reduce tanto las visitas al servicio de urgencias de los pacientes como las visitas presenciales en consultas externas del centro sanitario (tabla 5).

Discusión

El papel de la enfermería hematológica cobra cada día más relevancia, al incrementarse la complejidad del manejo de estos pacientes. Los resultados de este estudio Delphi demuestran un alto grado de consenso a nivel nacional respecto al rol del profesional de enfermería hematológica y sitúan a estos profesionales como gestores especializados en el cuidado del paciente hematológico y nexo entre todos los profesionales implicados en el abordaje multidisciplinar. Esto situaría las necesidades del paciente como el objetivo principal del tratamiento, en consonancia con el modelo de enfermería propuesto en otros estudios de ámbito nacional¹² e internacional¹³ para otros servicios como enfermería oncológica.

Esta personalización de los cuidados es en la actualidad una de las expectativas que aparecen más frecuentemente en los estudios de satisfacción que se realizan en los sistemas sanitarios actuales y, por ello, el objetivo de las instituciones sanitarias está cada vez más dirigido a centrar la actividad enfermera en la persona-paciente, y no solo en la enfermedad-paciente¹⁴. No obstante, esto obliga a las distintas instituciones sanitarias a desarrollar una reorientación en el contexto organizativo de la práctica enfermera¹⁵, con la finalidad de dar respuesta a una atención sanitaria cada vez más compleja que exige altos niveles de calidad, en un medio cambiante, competitivo e incierto¹⁶.

Dentro del marco de la sanidad española, el perfil de un profesional de enfermería hematológica consensuado en este estudio se acerca al papel de la «enfermera de práctica avanzada»¹⁷ o «enfermera gestora de casos»¹⁸ muy extendido en otros países. Se trataría de una enfermera con formación avanzada, responsable de coordinar las exploraciones, tratamientos e información. Entre sus funciones estaría promover la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantizar el máximo bienestar y minimizar el sufrimiento de pacientes y familiares, fomentar la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegurar la continuidad de la atención. Además, constituiría el punto de contacto para pacientes y familiares para discutir temas relacionados con el diagnóstico o tratamiento y de apoyo emocional. Este perfil estaría muy en línea con el plan estratégico CARE que

Tabla 2 Resultados del bloque 2. Definición del rol de enfermería en el proceso asistencial

	Mediana (IIC)	Grado de acuerdo en %	Resultado
10. Enfermería hematológica debe conocer las características sociales del paciente para asegurar que este podrá cumplir con el régimen de visitas al centro hospitalario que se requiere para cada tratamiento.	9 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1.ª ronda
11. Enfermería hematológica debe identificar síndromes geriátricos y situaciones de fragilidad en pacientes con edad avanzada para diseñar estrategias de cuidados adaptados para este tipo de pacientes.	9 (8-9)	92,0	Acuerdo en 1.ª ronda
12. Enfermería hematológica debe complementar la información dada al paciente por el personal médico sobre aquellos aspectos en que la enfermedad y el tratamiento van a afectar la vida del paciente (por ejemplo, toxicidades...).	9 (8,5-9)	96,0	Acuerdo en 1.ª ronda
13. Enfermería hematológica debe intervenir en la toma de decisiones sobre el tratamiento oncológico más adecuado para un paciente.	6 (5-7)	54,5	No consenso
14. Enfermería hematológica debe conocer el estado nutricional del paciente y controlar su evolución durante todo el tratamiento.	9 (8-9)	100,0	Acuerdo en 1.ª ronda
15. Enfermería hematológica gestiona el tipo de catéter venoso más adecuado en función del paciente y del tratamiento a recibir y ofrece recomendaciones de cuidados para prevenir complicaciones.	8 (7-9)	84,0	Acuerdo en 1.ª ronda
16. Enfermería hematológica debe valorar y garantizar un adecuado abordaje psicosocial del paciente y tener capacidad para detectar problemas psicológicos.	9 (8-9)	92,0	Acuerdo en 1.ª ronda
17. Enfermería hematológica tiene la misión de realizar educación sanitaria al paciente y a la familia en referencia a los cuidados con el objetivo de garantizar un buen soporte al proceso y detectar signos de alerta de forma precoz.	9 (8,5-9)	96,0	Acuerdo en 1.ª ronda
18. Enfermería hematológica debe favorecer la recuperación de la autonomía del paciente, alentándole a participar activamente en el proceso, a pesar de los límites impuestos por su enfermedad.	9 (8,5-9)	92,0	Acuerdo en 1.ª ronda
19. Enfermería hematológica interviene en la formación de futuros profesionales.	9 (8-9)	92,0	Acuerdo en 1.ª ronda

la European Oncology Nursing Society desarrolló en el año 2013 que considera que la práctica enfermera debe incluir 4 aspectos fundamentales: apoyo, comunicación, educación e investigación¹⁹.

Según las proyecciones del Ministerio de Sanidad en el año 2025 habrá una falta de hasta 28.301 médicos especialistas²⁰, por lo que el desarrollo de este tipo de modelo integrado de enfermería en el que la enfermera asume estos roles podría tener un impacto muy positivo en el sistema sanitario español²¹ y, como señalan los resultados de este estudio, podría constituir una estrategia efectiva que disminuiría las funciones asistenciales de los médicos especialistas y optimizaría el manejo y el flujo de los pacientes.

Además, este perfil permite al profesional de enfermería asumir competencias que son relevantes para los retos que enfrenta la asistencia sanitaria hoy en día y es una forma de abordar las lagunas en los servicios, la carga del trabajo del médico, la falta de la continuidad de la atención a los pacientes y la necesidad de garantizarles un cuidado

integral²². Su función como educadoras del paciente ha demostrado tener importantes implicaciones al favorecer el autocuidado y la participación activa del paciente en su enfermedad, lo que repercute positivamente en la reducción de las pruebas diagnósticas, la carga de los síntomas y de las visitas hospitalarias²³.

En este sentido, los resultados de este estudio coinciden en señalar la importancia de una incorporación temprana de esta profesional en el flujo asistencial, concretamente en el momento del diagnóstico, y no hubo consenso en que la primera visita se realice después del diagnóstico. De esta manera la enfermera podría jugar un papel específico en la aceptación de la enfermedad por parte del paciente y ofrecer sus labores de apoyo²⁴. Además, existe consenso en el hecho de que la relación de enfermería hematológica con el paciente influye en la tolerancia de los tratamientos hematológicos, en la mejora de la adherencia y en que su labor es determinante en la reducción de los tiempos de diagnóstico e inicio del tratamiento²⁵. También se reconoce que,

Tabla 3 Resultados del bloque 3. Integración de la enfermería hematológica en el flujo del paciente hematológico y responsabilidades administrativas

	Mediana (IIC)	Grado de acuerdo en %	Resultado
20. Enfermería hematológica debe ser la referente del paciente durante todo el proceso asistencial	8 (6-9)	72,7	Acuerdo en 2. ^a ronda
21. Enfermería hematológica debe estar integrada en el equipo asistencial y debe tener una relación directa con el hematólogo	9 (9-9)	100,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
22. Enfermería hematológica debe estar presente en las sesiones clínicas con los hematólogos formando un equipo multidisciplinar	9 (8-9)	92,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
23. La primera visita de enfermería hematológica al paciente con diagnóstico nuevo de enfermedad hematológica debe realizarse en el momento:			
a) De la sospecha de la enfermedad	2 (2-5)	68,2	Desacuerdo en 2. ^a ronda
b) En el momento del diagnóstico	8 (5-9)	68,2	Acuerdo en 2. ^a ronda
c) Con posterioridad al diagnóstico	7 (3-9)	54,5	No consenso
24. Enfermería hematológica debe aportar recomendaciones del funcionamiento del hospital de día de su centro, así como las normas de acceso a los recursos sanitarios de su centro	9 (9-9)	100,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
25. Enfermería hematológica debe gestionar que todas las pruebas que se precisen antes de una consulta médica estén realizadas y con el informe correspondiente.	9 (7,5-9)	88,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
26. Enfermería hematológica debe elaborar los protocolos (tanto de procesos como de procedimientos) que sean de su competencia y colaborar con el personal médico en la elaboración de aquellos otros protocolos propios del área médica	9 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
27. Enfermería hematológica puede optimizar los calendarios de realización de pruebas, tratamientos, transfusiones, etc. supervisando su programación	9 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
28. Con la información que aporta el personal de enfermería se puede plantear un plan de cuidados de enfermería, priorizando actividades y comunicando al médico si pueden existir problemas de índole personal o social que recomienden retrasar el inicio del tratamiento hasta su resolución.	9 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
29. Enfermería hematológica debe garantizar la continuidad de la atención al paciente, estableciendo una coordinación de los tiempos de las pruebas y de los tratamientos	8 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
30. Tanto enfermería hematológica como los pacientes deben poder establecer comunicación telefónica entre sí durante el proceso de tratamiento para solucionar incidencias	9 (9-9)	100,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
31. Enfermería hematológica debería servir de enlace con atención primaria para comunicarse con su médico y enfermera de atención primaria	9 (7-9)	88,0	Acuerdo en 1. ^a ronda
32. Enfermería hematológica debería servir de enlace con los trabajadores sociales tanto hospitalarios como de su centro de salud para atender necesidades sociales de los pacientes	9 (8-9)	88,0	Acuerdo en 1. ^a ronda

Tabla 3 (continuación)

	Mediana (IIC)	Grado de acuerdo en %	Resultado
33. Enfermería hematológica debe participar en el informe de continuidad asistencial de cuidados tras un alta hospitalaria que suceda mientras esté en tratamiento activo	9 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1.ª ronda
34. Enfermería hematológica debe realizar llamada activa a las 24-48 h de que el paciente haya recibido un tratamiento antineoplásico en hospital de día para resolver dudas, comprobar que están realizando bien el tratamiento y hacer refuerzo positivo	9 (6,5-9)	76,0	Acuerdo en 1.ª ronda

Tabla 4 Resultados del bloque 4. Importancia del abordaje enfermero del paciente hematológico y oportunidades de mejora

	Mediana (IIC)	Grado de acuerdo en %	Resultado
35. Enfermería hematológica es capaz de ayudar a mantener la salud del paciente y conseguir que se recuperen las funciones deterioradas	9 (7-9)	88,0	Acuerdo en 1.ª ronda
36. Enfermería hematológica proporciona una mayor confianza en el equipo asistencial y, por tanto, aumenta la percepción de calidad del proceso	9 (8-9)	92,0	Acuerdo en 1.ª ronda
37. La labor de enfermería hematológica es determinante en la reducción de los tiempos desde la sospecha hasta el fin de estudio y el inicio del tratamiento	8 (6,5-9)	76,0	Acuerdo en 1.ª ronda
38. Enfermería hematológica ayuda a reducir las complicaciones por el tratamiento y los días de estancia hospitalaria	8 (7,5-9)	80,0	Acuerdo en 1.ª ronda
39. La relación de enfermería hematológica con el paciente influye en la tolerancia de los tratamientos hematológicos	8 (6,5-9)	76,0	Acuerdo en 1.ª ronda
40. El soporte por parte de enfermería hematológica puede mejorar la adherencia al tratamiento y minimizar el estrés asociado a este	9 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1.ª ronda
41. Enfermería hematológica constituye uno de los profesionales que puede identificar a aquellos pacientes que pueden tener fallos de adherencia	9 (8-9)	92,0	Acuerdo en 1.ª ronda
42. Enfermería hematológica debe ser consultor de cuidados específicos para la enfermería del centro hospitalario en relación con el paciente hematológico	9 (8-9)	96,0	Acuerdo en 1.ª ronda

con la educación sanitaria y el seguimiento de los pacientes, enfermería hematológica reduce tanto las visitas al servicio de urgencias de los pacientes como las visitas presenciales en consultas externas del centro sanitario.

A pesar de la utilidad demostrada por esta nueva figura de enfermería como referente del paciente en todo el proceso asistencial, entre algunos participantes del proyecto se mostraron ciertas reticencias a consensuar esta figura, lo que podría estar asociado a que todavía no hay afianzamiento claro de cómo llevarlo a cabo en la práctica clínica¹⁹. Por ello, es importante desarrollar planes que regularicen y planifiquen el rol y garanticen su sostenibilidad²⁶.

Respecto a su implementación en la práctica clínica, hay escasa literatura publicada en la especialidad de

hematología, pero los trabajos publicados coinciden en señalar la necesidad de cubrir múltiples competencias y el desarrollo de un rol consistente en las actividades llevadas a cabo, incluso en los diferentes países y centros estudiados en Europa^{27,28}. Según los datos publicados, este rol se centra fundamentalmente en la labor asistencial de cuidado directo al paciente y en la educación a los pacientes/familias. Un estudio llevado a cabo en diferentes países europeos²⁸ describe claras diferencias en los roles de los diferentes grupos de enfermeras del Servicio de Hematología (enfermera especialista, enfermera de unidad y enfermera gerente) y coincide con los resultados de este estudio en la falta de consenso respecto a la intervención de estos profesionales en la toma de decisiones sobre el

Tabla 5 Resultados del bloque 5. Sistemas de medición y seguimiento de las variables asistenciales

	Mediana (IIC)	Grado de acuerdo en %	Resultado
43. Enfermería hematológica debe asegurar que todos los pacientes con diagnóstico hematológico completan el estudio de extensión	7 (6-8)	54,5	No consenso
44. Enfermería hematológica puede gestionar como educación sanitaria los consentimientos informados sobre realización de pruebas diagnósticas, almacenamiento y utilización de muestras, así como los cuestionarios de calidad de vida y de satisfacción al paciente hematológico	8 (6-9)	68,0	Acuerdo en 1.ª ronda
45. Con la educación sanitaria y el seguimiento de los pacientes, enfermería hematológica reduce tanto las visitas al servicio de urgencias de los pacientes como las visitas presenciales en consultas externas del centro sanitario	8 (8-9)	88,0	Acuerdo en 1.ª ronda

tratamiento oncológico más adecuado para los pacientes, que sigue siendo un rol reservado principalmente al médico.

Por último, es importante identificar y considerar algunos de los factores determinantes para el éxito de la implantación del nuevo sistema de cuidados enfermeros propuesto, como el apoyo para garantizar sus competencias y unos ratios de asignación adecuados¹⁹. Se considera prioritario el desarrollo de planes de formación que incluyan una educación avanzada y una educación profesional continua que permita desempeñar a este colectivo su papel óptimamente²⁰, lo que coincide con lo señalado en el documento de posicionamiento acerca del rol de las enfermeras oncológicas a nivel mundial publicado en 2015²⁹.

Las principales limitaciones del estudio es que los resultados pueden estar condicionados en algunos casos por el sesgo en las respuestas cuando el que responde trata de ajustarse a la medida de dispersión proporcionada como información después de la primera ronda. También, este estudio proporciona una opinión clínica del rol del profesional de enfermería hematológica en el entorno actual, pero no pretende servir de protocolo o guía clínica. Las fortalezas del estudio incluyen el potencial para fusionar información y perspectivas diversas de los profesionales de la Unidad de Hematología, explorar diferentes cuestiones relevantes y la gran capacidad para obtener acuerdos entre los diferentes participantes, así como dar una respuesta estadística de grupo a cuestiones en las que no hay suficiente evidencia publicada. Se requieren futuros estudios que permitan responder a los aspectos no consensuados respecto al rol de este colectivo especializado y unificar criterios de actuación que se concreten en la práctica clínica.

Los resultados de este estudio Delphi muestran un alto grado de consenso en situar al profesional de enfermería como gestor especializado en el cuidado del paciente hematológico y nexo entre todos los profesionales implicados en el abordaje multidisciplinar. Sus competencias estarían dirigidas a garantizar una gestión integral de estos pacientes, con importantes funciones asistenciales, y en ser pieza clave en la educación al paciente y en el flujo de información, dando prioridad a un escenario de trabajo multidisciplinar. Este

rol consensuado del profesional de enfermería hematológica da un importante valor al cuidado y educación del paciente como respuesta al contexto cambiante de la prestación de atención de las enfermedades hematológicas³⁰.

Financiación

Este manuscrito ha sido posible gracias al apoyo de Novartis, que no ha influido en su puesta en marcha ni en su redacción.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés que hayan podido influir en la elaboración del manuscrito.

Agradecimientos

Los autores desean mostrar su agradecimiento a Ana Isabel Ortega, quien ha dado el soporte y apoyo a la redacción del manuscrito en nombre de Springer Healthcare.

Bibliografía

1. Plan estratégico 2011-2015. La hematología y hemoterapia en la Comunidad de Madrid en el marco de libre elección [consultado 15 nov 2017]. Disponible en: <http://www.hematologiamadrid.org/wp-content/uploads/2017/01/P.Estrategico.Hemato-AM.final.pdf>.
2. Gilbert JE, Green E, Lankshear S, Hughes E, Burkoski V, Sawka C. Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: Review, consultation and model design. *Eur J Cancer Care*. 2011;20:228-36.
3. Tariman JD, Estrella SM. The changing treatment paradigm in patients with newly diagnosed multiple myeloma: Implications for nursing. *Oncol Nurs Forum*. 2005;36:127-38.
4. Matthey F, Parker A, Rule SAJ, Wimperis JZ, Ardeshtna KM, Bird JM, et al. Facilities for the treatment of adults with haematological malignancies - «levels of care», BCSH Haemato-Oncology Task Force 2009. *Hematology*. 2010;15:63-9.

5. DiCenso A, Bryant-Lukosius D. The long and winding road: Integration of nurse practitioners and clinical nurse specialists into the Canadian health-care system. *Can J Nurs Res.* 2010;42:3–8.
6. Pérez-Fidalgo JA, García-Fabregat L, Cervantes A, Margulies A, Vidall C, Roila F. Management of chemotherapy extravasation: ESMO–EONS clinical practice guidelines. *Ann Oncol.* 2012;23 suppl 7, vii167–73.
7. Presentación Unidad de Enfermería Hospital Polanco [consultado 6 nov 2017]. Disponible en: <http://www.opolanco.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-hematologia.pdf>.
8. Pill J. The Delphi method: Substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socio Econ Plan Sci.* 1971;3:57–71.
9. Mattel M, Jacoby J. Is there an optimal number of alternatives for likert scale items, study, reliability and validity? *Educ Psychological Meas.* 1971;31:657.
10. Peiro S, Portella E. No todo es acuerdo en el consenso: limitaciones de los métodos de consenso en los servicios de salud. *Gac Sanit.* 1993;7:294–300.
11. Hampel FR, Elvezio M, Ronchetti P, Rousseeuw PJ, Werner A. Robust statistics - The approach based on influence functions. Stahl: Wiley; 1986 (republished in paperback, 2005).
12. Reñones MC, Fernández D, Vena C, Zamudio A. grupo SHARE. Estrategias para la mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del proyecto SHARE (Sesiones interHospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería). *Enferm Clin.* 2016;26:312–20.
13. Wiederholt PA, Connor NP, Hartig GK, Harari PM. Bridging gaps in multidisciplinary head and neck cancer care: Nursing coordination and case management. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2007;69:S88–91.
14. López-Alonso SR, Gala-Fernández B, Rodríguez-Gómez S, Rodríguez-Morilla F. Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados. *Index Enferm.* 2007;16:7–9.
15. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in 9 European countries: A retrospective observational study. *Lancet.* 2014;383(9931):1824–30.
16. Lahuerta L, Blanco J, Roca N. La implantación de la enfermera primaria o referente en una unidad de Oncología-Hematología Pediátrica a través de un proceso de investigación-acción participativa. *Invest Cualitat Salud.* 2017;2:90–9.
17. International Nurse Practitioner-Advanced Nursing Practice Network. Definition and characteristics of the role [consultado 10 nov 2017]. Disponible en: <http://www.icn-apnetwork.org>.
18. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* 2014;24:23–34.
19. European Oncology Nursing Society. The strategic CARE plan. Londres: EONS; 2017 [consultado 27 oct 2017]. Disponible en: <http://www.cancernurse.eu/abouteons/strategy.html>.
20. Barber-Pérez P, González López B, Suárez R. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2017 [consultado 17 feb 2018]. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas\(2010-2025\).pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas(2010-2025).pdf).
21. Galao-Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index Enferm.* 2009;18:221–3.
22. Spross JA, Heaney CA. Shaping advanced nursing practice in the new millennium. *Sem Oncol Nurs.* 2000;16:12–24.
23. Coolbrandt A, Wildiers H, Aertgeerts B, van der Elst E, Laenen A, Dierckx de Casterlé B, et al. Characteristics and effectiveness of complex nursing interventions aimed at reducing symptom burden in adult patients treated with chemotherapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud.* 2014;51:495–510.
24. Papadimitriou M, Argyrou E, Paleogianni V. Emotional support of cancer patients: The nursing approach. *Cancer Nurs.* 1998;21:246–51.
25. Winkeljohn D. Adherence to oral cancer therapies: Nursing interventions. *Clin J Oncol Nurs.* 2010;14:461–6.
26. Kleinpell RM, Hudspeth R, Scordo KA, Magdic K. Defining NP scope of practice and associated regulations: Focus on acute care. *J Am Acad Nurse Pract.* 2012;24:11–8.
27. Stone R, Potting CM, Clare S, Uhlenhopp M, Davies M, Mank A, et al. Management of oral mucositis at European transplantation centres. *Eur J Oncol Nurs.* 2007;11:S3–9.
28. Aerts E, Flidner M, Redmond K, Walton A. Defining the scope of haematology nursing practice in Europe. *Eur J Oncol Nurs.* 2010;14:55–60.
29. Position statement. The role of cancer nurses in the world [consultado 23 oct 2017]. Disponible en: <http://www.cancernurse.eu/advocacy/positionstatementglobalrole.html>.
30. Atkinson J, Tawse S. Exploring haematology nurses' perceptions of specialist education's contribution to care delivery and the development of expertise. *Nurse Educ Today.* 2007;27:627–34.