

## ORIGINAL

### Estudio descriptivo sobre resultados de salud de pacientes oncohematológicos e intervenciones enfermeras

E. Abad-Corpa<sup>a,\*</sup>, C. Meseguer-Liza<sup>b</sup>, J.T. Martínez-Corbalán<sup>c</sup>, L. Zarate-Riscal<sup>c</sup>,  
A. Caravaca-Hernández<sup>c</sup>, A. Paredes-Sidrach de Cardona<sup>c</sup> y A. Carrillo-Alcaraz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Consejería de Sanidad, Región de Murcia, Murcia, España

<sup>b</sup>Escuela de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España

<sup>c</sup>Unidad de Oncohematología, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, España

Recibido el 18 de julio de 2008; aceptado el 26 de enero de 2009

Disponible en Internet el 14 de julio de 2009

#### PALABRAS CLAVE

Enfermería;  
Cuidados;  
Oncohematología;  
Resultados de salud  
sensibles al cuidado  
enfermero

#### Resumen

**Objetivo:** Conocer el estado de los principales resultados de salud de los pacientes oncohematológicos durante su ingreso y evaluar algunas de sus intervenciones enfermeras.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional realizado en las unidades de oncohematología del Hospital Morales Meseguer, con pacientes que precisaron ingreso entre marzo de 2006 y junio de 2007.

**Resultados:** Se estudiaron a 56 pacientes. El 69,6% (39 pacientes) presentaba algún nivel de mucositis, apareciendo valoraciones enfermeras objetivas en el 10,7% (6). El 92,9% (52) de los pacientes estaba bajo tratamiento antiemético, pero en el 48,2% (27) no se recoge ningún tipo de registro de valoración enfermera del síntoma. Se realizó interconsulta a la Unidad de Nutrición para 10 pacientes (17,9%). Los niveles de ansiedad y el impacto psicosocial descienden a lo largo de la estancia hospitalaria, sin embargo, aumenta la satisfacción y los familiares presentan mayor sobrecarga. Apareció una úlcera por presión (UPP). Hubo un 8,2% (4) de colonizaciones de catéter y se produjeron 5 bacteriemias relacionadas con catéter (BRC); las obstrucciones de éstos se produjeron en el 39,3% (22).  
**Conclusiones:** La incidencia de aparición de mucositis, UPP y BRC es menor que en otros estudios. El proceso de valoración del dolor y de las náuseas y vómitos no está normalizado. La ansiedad muestra unos niveles inferiores a otros estudios. Su mejoría, al igual que en el ajuste psicosocial, apunta a un proceso de adaptación a la enfermedad. El aumento de la sobrecarga del cuidador se relaciona con el largo proceso. Su satisfacción frente a los cuidados enfermeros ha alcanzado 55 puntos de la escala, cuyo nivel máximo es de 70.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [evaabadcorpa@ono.com](mailto:evaabadcorpa@ono.com) (E. Abad-Corpa).

**KEYWORDS**

Nursing;  
Care;  
Oncohematology;  
Nursing-sensitive  
outcomes

**Descriptive study of nursing-sensitive outcomes in oncohematological patients and nursing interventions****Abstract**

**Objective:** To assess the main nursing-sensitive outcomes in oncohematological patients admitted to hospital and to evaluate nursing interventions.

**Material and methods:** We performed a prospective, observational study in the oncohematological units of the Morales Meseguer Hospital. The sample included patients admitted from March 2006 to June 2007.

**Results:** A total of 56 patients were studied. Of these, 39 patients (69.6%) had some degree of mucositis but only six patients (10.7%) were assessed objectively by nurses. Fifty-two patients (92.9%) received anti-emetic treatment, but there were no reports of nausea or vomiting in 27 (48.2%). Ten patients (17.9%) were referred to the nutritional unit. Anxiety levels and psychosocial impact decreased during hospital admission and patient satisfaction increased but family members experienced greater stress. Pressure ulcer developed in only one patient. Four catheters (8.2%) became infected and there were five cases of catheter-related bacteremia. There were 22 cases of catheter obstruction (39.9%).

**Conclusions:** The incidence of mucositis, pressure ulcer and catheter-related bacteremia was lower than in other studies. There was no standard assessment of pain, nausea or vomiting. Anxiety levels were lower than in other studies. Improvement and psychosocial adjustment suggested a process of adaptation to the disease. The increase in caregiver burden was related to the disease in the long term. Satisfaction with nursing care was 55 points on a 70-point scale.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Qué se conoce**

Todavía se conoce poco acerca de los *nursing sensitive outcomes* en oncohematología, entendiéndose como un resultado de salud producido por el cuidado enfermero, es decir, la variable, conducta o percepción del paciente/familia que responde a una intervención enfermera.

**Qué aporta**

Los resultados de la presente investigación arrojan luz sobre el estado de los principales resultados de salud de los pacientes oncohematológicos durante su estancia hospitalaria y acerca de la adecuación de las intervenciones enfermeras relacionadas con ellos.

**Introducción**

Al compararlo con otros pacientes, el paciente oncohematológico presenta una susceptibilidad mayor a infecciones, alteraciones de la integridad cutánea o dolor, dado que su propia enfermedad y las intervenciones que requiere (tanto técnicas como farmacológicas) desencadenan un serio compromiso, tanto de su sistema inmunológico celular y humoral como de los sistemas defensivos básicos en cualquier individuo<sup>1</sup>.

Los efectos adversos del tratamiento antineoplásico constituyen uno de sus principales problemas, puesto que la mayor parte de los fármacos utilizados no son específicos para un tipo de tumor<sup>2</sup>. Desgraciadamente, estos efectos adversos no son los únicos problemas de salud que presenta el enfermo oncohematológico.

Estas situaciones pueden tener graves repercusiones, por lo que las intervenciones de enfermería deben estar enfocadas a prevenirlas, promover el autocuidado y mejorar su bienestar. Esta problemática implica la necesidad de evaluar la repercusión real de las intervenciones enfermeras, no sólo desde la perspectiva del “proceso” sino también desde la de los “*outcomes*”<sup>3</sup>; se debe evaluar la efectividad de la práctica enfermera en términos de mejora de los resultados en salud de nuestros pacientes. Tal y como propone el Nursing and Health Outcomes Project<sup>4</sup>, un resultado de salud producido por el cuidado enfermero (*nursing sensitive outcome*) sería la variable, conducta o percepción del paciente/familia que se puede medir a lo largo del tiempo y responde a una intervención enfermera.

Desgraciadamente, una de las asignaturas pendientes de la disciplina enfermera es la insuficiente atención que se presta a evaluar el resultado final del proceso enfermero, más allá de algunos clásicos como la aparición de úlceras por presión o la infección nosocomial. En el ámbito anglosajón, el movimiento por investigar los resultados del cuidado en el individuo que permita diferenciarlos claramente del resto de profesionales con los que comparte el contexto asistencial es reciente.

La complejidad asistencial actual obliga a realizar cambios en nuestra práctica rutinaria implantando las mejores evidencias<sup>5,6</sup> y, además, a evaluar nuestra

aportación. Sin embargo, hay que destacar los problemas para identificar el resultado de la acción enfermera individual de forma que se pueda comparar con otros profesionales (su rentabilidad, especificidad, utilidad, etc.), ya que el cuidado del paciente precisa del equipo interdisciplinario para la toma de decisiones.

Estas barreras no nos eximen de la responsabilidad de evaluar la actividad enfermera en el ámbito de la oncohematología, donde alguno de los resultados de salud de estos pacientes (*nursing sensitive outcomes*) que se proponen son: la valoración y el control de signos y síntomas (mucositis, dolor, náuseas-vómitos, estado nutricional), el impacto de los factores psicosociales asociados con el ingreso, la ansiedad, la sobrecarga del cuidador, la satisfacción del paciente frente a los cuidados de enfermería y los efectos adversos (bacteriemia relacionada con catéter, obstrucción de catéteres y úlceras por presión).

Como se ha comentado, los efectos adversos del manejo de estos pacientes constituyen uno de los principales problemas que el enfermo oncológico presenta. Para estos pacientes ingresados en un hospital, uno de los principales síntomas que refieren son las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia<sup>7</sup>, y es un síntoma con frecuencia subestimado por los profesionales.

La desnutrición es otro problema fundamental de estos pacientes ya que la relación que hay entre malnutrición y un peor pronóstico de los pacientes oncológicos es conocida desde hace varios años<sup>8</sup>.

Otro de los grandes signos y síntomas que hay que valorar en el paciente oncohematológico es la mucositis oral y el dolor relacionado con ésta, que tiene lugar aproximadamente en el 40% de estos pacientes<sup>9</sup>.

Además, y en estrecha relación con el *outcome* anterior, se encuentra la satisfacción frente a los cuidados de enfermería. Hay una laguna con respecto a la satisfacción de los pacientes debido a la asunción de que es irrelevante cara a la curación<sup>10</sup>. Sin embargo, es importante hacer visible que las percepciones y puntos de vista del paciente/familia pueden mejorar las prácticas sanitarias. Desgraciadamente, los pacientes aún nos comunican que han recibido poca o ninguna ayuda cuando “se han sentido tristes”, “con falta de control” o “con necesidad de hablar con alguien”<sup>10</sup>.

Por último, en una dimensión más biológica, los pacientes oncohematológicos ingresados precisan de cateterizaciones venosas, produciéndose problemas añadidos en caso de obstrucción. Estos pacientes inmunodeprimidos están expuestos a múltiples procesos infecciosos<sup>11</sup>, entre los cuales la colonización del catéter y el posterior desarrollo de bacteriemia relacionada con catéter (BRC) pueden ser frecuentes.

Igualmente, la aparición de úlceras por presión (UPP) supone un gran impacto en la calidad de vida de los que las presentan, así como una puerta de entrada a gran variedad de microorganismos que en pacientes inmunodeprimidos puede suponer un riesgo vital<sup>12</sup>.

Si a todo lo expuesto anteriormente, le sumamos el desconocimiento de la situación actual en cuanto a la repercusión de las intervenciones enfermeras sobre estos resultados de salud de los pacientes, el elevado número de intervenciones por las que optar para prevenir estas situaciones y, por último, el elevado impacto que producen

en los pacientes y en el sistema sanitario, parece imperiosa la necesidad de valorar las intervenciones enfermeras y resultados de salud en los pacientes sensibles a éstas. Así, nos planteamos como objetivo general de este estudio conocer el estado de los principales resultados de salud (*nursing sensitive outcome*) de los pacientes oncohematológicos durante su estancia hospitalaria y evaluar algunas de las intervenciones enfermeras relacionadas con ellos. Como objetivos específicos:

- Conocer las características principales de los pacientes oncohematológicos.
- Conocer el nivel de mucositis y de dolor de los pacientes así como su valoración por parte de enfermería.
- Estimar la valoración enfermera de las náuseas y vómitos así como de la valoración nutricional.
- Valorar el nivel de ansiedad, impacto psicosocial relacionado con su ingreso, sobrecarga del cuidador principal y satisfacción frente a los cuidados enfermeros durante la estancia y su evolución en el tiempo.
- Valorar la incidencia de BRC y de obstrucciones de catéteres venosos centrales (CVC).
- Valorar la incidencia de UPP y sus características así como la valoración enfermera del riesgo de aparición.

## Material y métodos

Se ha seguido el diseño de un estudio prospectivo observacional. El ámbito de estudio ha sido la Unidad de Trasplante de Médula Ósea y unidades de aislamiento para pacientes oncohematológicos del Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia, que en total cuentan con 8 camas.

Han participado en el estudio los pacientes ingresados en la unidad sometidos a trasplante de médula ósea o pacientes neutropénicos con necesidad de aislamiento o pacientes en inicio/recaída de leucemia que precise ingreso.

Los criterios de inclusión fueron: edad > 18 años; estancia en la unidad > 3 días; pacientes con capacidad cognitiva íntegra, y pacientes que otorgaron el consentimiento informado. Como criterios de exclusión se fijaron: pertenencia a otro estudio de investigación clínica; edad < 18 años; estancia < 3 días, y negación a participar en el estudio.

El seguimiento de los pacientes reclutados fue a lo largo de toda su estancia en la unidad, y dado que el equipo investigador tenía capacidad para incluir a todos los pacientes ingresados, no se realizó el cálculo del tamaño muestral.

El período de estudio ha sido de marzo de 2006 a junio de 2007.

La evaluación de las variables de estudio se realizó a lo largo de toda la estancia hospitalaria de los pacientes a través de todos los registros de la historia clínica del episodio actual, mediante la valoración directa de los investigadores y con instrumentos autoadministrados (dependiendo de la variable a estudio). Algunas de las variables estudiadas se valoraron en el momento en que los efectos de la quimioterapia y radioterapia son máximos, es decir, en neutropenia severa con valor mínimo de “recuento absoluto de neutrófilos” (RAN < 500) y para otras variables se decidió

fijar el momento de medición cuando comenzaba a ser ostensible la mejoría ( $RAN > 500$ ). Así se midieron:

- Variables sociodemográficas y clínicas.
- Mucositis: consiste en una inflamación, secundaria a la quimioterapia y/o radioterapia, de la mucosa de la boca que abarca desde enrojecimientos hasta úlceras graves. Sus consecuencias van desde el dolor y la incapacidad para tolerar alimentos, pasando por infecciones, hasta la limitación en la aplicación de tratamientos. Se analizaron los registros realizados por enfermería en la historia clínica sobre la valoración del grado de mucositis, así como el nivel máximo de mucositis alcanzado durante su estancia (escala de la OMS<sup>13</sup> de cuatro niveles del 0 al 4).
- Dolor (relacionado con la mucositis): se midió al segundo día de  $RAN > 500$  mediante una escala visual analógica (EVA; instrumento que permite cuantificar numéricamente la intensidad del dolor) graduada de 0 a 10 cm, se solicitaba al paciente que señalara de forma global el peor dolor sufrido, siempre siguiendo el mismo patrón en la pregunta: “0 es no dolor y 10 es el máximo dolor posible. ¿Dónde sitúa usted el dolor sufrido en la unidad por la mucositis?, y ¿cómo puntuaría el manejo del dolor que realizó el personal de enfermería durante ese período?” Del mismo modo, se analizaron los registros realizados por enfermería en la historia clínica respecto a la valoración del dolor.
- Náuseas y vómitos: se analizaron los registros realizados por enfermería en la historia clínica acerca de la valoración de la aparición de náuseas y vómitos y su tratamiento.
- Valoración nutricional: se analizó el valor mínimo de albúmina alcanzado durante la estancia hospitalaria y el número de interconsultas realizadas a la unidad de nutrición.
- Nivel de ansiedad: se midió la ansiedad rasgo y estado al ingreso mediante la versión española de los cuestionarios STAI-rasgo y STAI-estado<sup>14</sup>. Se midió la ansiedad estado al cuarto día de  $RAN < 500$  y al alta de la unidad. La puntuación de la escala varía entre 0 (mínimo nivel de ansiedad) y 60 (máximo nivel de ansiedad).
- Impacto psicosocial asociado con el ingreso: se midió al cuarto día  $RAN < 500$  y al alta de la unidad mediante el índice de ajuste psicosocial<sup>15</sup>. Dicha escala explora las dimensiones de confianza en el entorno, apoyo familiar percibido, negación de la situación crítica, irritación, estado de ánimo, empatía y simpatía. El índice final del cuestionario oscila entre 0 (menor impacto psicosocial) y 17 (mayor impacto psicosocial).
- Sobrecarga del cuidador: se midió al cuarto día  $RAN < 500$  y al alta de la unidad mediante la versión española de la escala de sobrecarga del cuidador<sup>16</sup>. Las puntuaciones pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 88 puntos, dividiendo el fenómeno en no sobrecarga (0–37), leve (38–44) e intensa (45–88).
- Satisfacción frente a los cuidados de enfermería: se midió al cuarto día  $RAN < 500$  y al alta de la unidad mediante la versión abreviada española de La Monica-Oberst Patient Satisfaction (LOPSS12)<sup>17</sup>. Dicha escala conceptualiza la satisfacción del paciente como el grado de congruencia entre las expectativas que tienen los pacientes frente a los cuidados de enfermería y sus percepciones de los

cuidados recibidos. El cuestionario puntúa entre 0 (menor nivel de satisfacción) y 70 (máximo nivel de satisfacción).

- Incidencia de BRC: se entiende por colonización de catéter al catéter que presenta un crecimiento de más de 15 unidades formadoras de colonias en cultivo semicuantitativo. Se define BRC a la presencia de hemocultivos positivos y colonización de catéter por igual microorganismo (misma especie y antibiograma) en ausencia de otro foco infeccioso. Se calculó la incidencia de BRC con relación al número total de pacientes y la densidad de incidencia de BRC con relación al total de catéteres-día.
- Incidencia de obstrucción de catéteres centrales convencionales y de larga duración: se estudió la incidencia de obstrucción con relación al número total de catéteres y lúmenes.
- UPP: se midió la incidencia de aparición de UPP. Se valoró el riesgo de UPP mediante la escala de valoración de riesgo EMINA<sup>18</sup> y la calidad de los registros enfermeros relacionados con la valoración.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas expresado como media  $\pm$  desviación estándar (DE), y las cualitativas como número y porcentaje. La comparación en las variables cuantitativas repetidas en el tiempo se ha realizado mediante pruebas paramétricas o no paramétricas según la distribución de la variable, y mediante las pruebas de comparación de medias para datos repetidos, Kruskal Wallis y prueba de Friedman, según las variables se midieran en 2 o más momentos de la evolución.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS version 15.0 para Windows.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica del hospital y todos los participantes firmaron un consentimiento informado, pudiendo retirarse del estudio en cualquier momento.

## Resultados

Durante los 15 meses de estudio se incluyeron 56 pacientes en el estudio, y se produjeron distintas exclusiones y pérdidas durante el seguimiento: 4 pacientes menores de edad, 6 se negaron a participar, 2 fallecimientos y 12 pacientes que fueron incluidos en un ensayo clínico aleatorizado con fármacos frente a la mucositis.

La muestra de pacientes presentó una edad media de cerca de 45,8 años ( $DE = 15,8$ ) y una estancia en la unidad de 30,7 días ( $DE = 12,9$ ). El 57,1% (32) eran varones, el 48,2% (27) y el 51,8% (29) ingresó en la Unidad de Trasplante de Médula Ósea o en las unidades de aislamiento de hospitalización, respectivamente. Al 53,6% (30) se le realizó un trasplante de médula ósea (v. distribución de diagnósticos en [fig. 1](#)) y siguieron tratamiento inmunosupresor 25 pacientes (44,6%), 20 (35,7%) de corticoides, el 100% de antibióticos, el 92,9% de antifúngicos y el 76,8% de antivirales. En el 87,5% (49) de los pacientes había presencia de neutropenia, y la media de días de neutropenia fue de  $16,0 \pm 8,7$  (4–42).

Con relación a los resultados de salud de los pacientes, relacionados con el cuidado enfermero (*nursing sensitive outcome*) relativos a los signos y síntomas de los pacientes, 39 pacientes (69,6%) presentaban algún nivel de mucositis (nivel 1: 12,5%; nivel 2: 21,4%; nivel 3: 23,2%; nivel 4: 12,5%), pero tan sólo aparecían valoraciones enfermeras objetivas en la historia clínica en el 10,7% (6) de los pacientes.

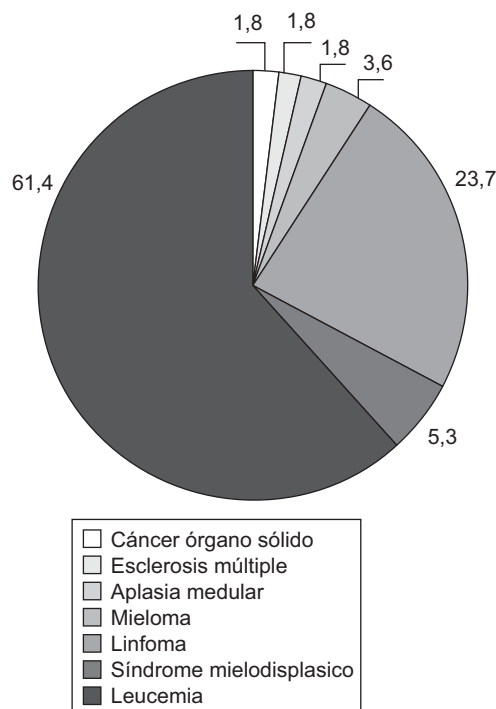


Figura 1 Distribución de diagnósticos.

Tabla 1 Resultados de salud relativos al dolor producido por la mucositis

	Al RAN > 500	A lo largo de todo el ingreso
Dolor sentido (0–10)	3,1 ± 2,8	
Percepción del manejo enfermero del dolor (0–10)	8,3 ± 1,9	
Número de registros enfermeros de la valoración del dolor (medido con EVA)		0 (0%)
EVA: escala visual analógica; RAN: recuento absoluto de neutrófilos.		

La mayoría de los pacientes seguía una pauta de tratamiento para el dolor: el 83,9% (47) con antiinflamatorios no esteroideos y el 64,3% (36) con opiáceos. Los datos relacionados con los resultados de salud relativos al dolor producido por la mucositis se presentan en la tabla 1.

Aunque el 92,9% (52) de los pacientes estaba con tratamiento antiemético, en el 48,2% (27) de las historias clínicas no se recogía ningún tipo de valoración enfermera de las náuseas y vómitos.

Nutricionalmente, el valor mínimo de albúmina no descendió de  $33,0 \pm 4,0$  (26–42) mg/dl; el protocolo preventivo de UPP indicaba que se debería haber realizado una interconsulta a la unidad de nutrición en al menos el 25% (11) de los pacientes (puntuación  $\geq 4$  según la escala EMINA que lo clasifica como “riesgo medio de UPP”), y se realizó a 10 pacientes (17,9%). A pesar de este porcentaje de pacientes clasificados de riesgo medio de presentar UPP, en el grupo de pacientes estudiado sólo uno presentó una UPP de grado II; sin embargo, dejó de realizarse evaluación del riesgo en  $24,4 \pm 24,6$  días (0–100) durante la estancia hospitalaria.

Los resultados relacionados con la dimensión psicosocial del paciente/familia y su evolución durante el ingreso se detallan en la tabla 2. La ansiedad como rasgo de los pacientes se sitúa en  $22,5 \pm 10,5$  (1–51), la puntuación máxima era de 60 puntos. Los niveles de ansiedad estado y el impacto psicosocial producido por el ingreso descienden durante la estancia hospitalaria; aumenta la satisfacción frente a los cuidados de enfermería y los cuidadores familiares presentan mayor sobrecarga pasando de un nivel de “no sobrecarga” a “sobrecarga leve” relacionado principalmente con un empeoramiento de la dimensión “relación del cuidador con la persona cuidada”.

El 87,5% (49) de los pacientes fue portador de algún CVC, siendo el 33,9% (18) de larga duración. Los signos de infección pericatóter aparecieron en 13 pacientes (26,5%), hubo 4 (8,2%) colonizaciones de catéter y se produjeron 5 BRC (10,2%), la densidad de incidencia fue de 3,97 casos de BRC por cada 1.000 días de catéter.

Finalmente, las obstrucciones de las luces de los CVC se produjeron en el 39,3% (22) de los pacientes (fig. 2).

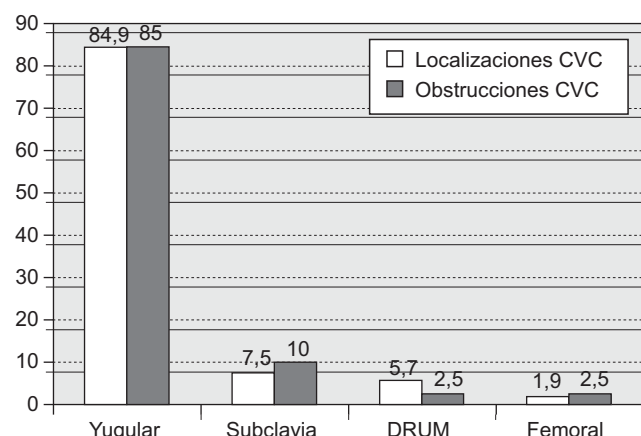
## Discusión

Los resultados muestran el estado de los principales resultados de salud de los pacientes oncohematológicos durante su estancia hospitalaria y evalúan algunas de las intervenciones enfermeras relacionadas con ellos.

Tabla 2 Resultados relacionados con la dimensión psicosocial del paciente/familia y su evolución durante el ingreso

	Al ingreso	Al RAN < 500	Al alta	p
Nivel de ansiedad estado (0–60)	21,4 ± 12,3	20,2 ± 10,4	19,7 ± 10,6	0,33
Índice de ajuste psicosocial (0–17)		2,84 ± 3,24	2,02 ± 2,35	0,06
Satisfacción frente a los cuidados (0–70)		53,8 ± 15,9	55,4 ± 14,3	0,46
Sobrecarga total del cuidador (0–88)		37,0 ± 19,1	38,0 ± 19,5	0,79
RAN: recuento absoluto de neutrófilos.				





**Figura 2** Localización de catéteres venosos centrales (CVC) y distribución de obstrucciones de luces de CVC.

Se puede decir que la mayoría de los resultados de salud de nuestros pacientes, relacionados con el cuidado enfermero, son similares a otras series publicadas, aunque se encuentran ciertas diferencias.

La incidencia de aparición de mucositis es menor que en otros estudios, ya que algunos autores la sitúan en más del 75% para pacientes sometidos a trasplante de médula ósea<sup>9,19</sup>, siendo en nuestro caso del 69,6%.

Al igual que otros autores<sup>20</sup>, una gran parte de los pacientes precisa tratamiento con opiáceos, aunque nuestros pacientes situaban el dolor por debajo de otros estudios que lo cifran en una puntuación de 5,5 sobre 10<sup>21</sup>. Puede que la metodología de recogida de datos en nuestro estudio (los propios investigadores solicitaban al paciente que situara en una EVA el dolor experimentado) haya influenciado en sus respuestas, infravalorándolo.

A pesar de que el proceso de valoración del dolor por parte de enfermería no está normalizado y es totalmente subjetivo (no se ha encontrado ni un solo registro en las historias clínicas mediante una EVA), la percepción del paciente del manejo del dolor por parte de la enfermera se evaluó en 8,3 puntos sobre 10, aunque de nuevo el hecho de que tuvieran que puntuar de forma no anónima la labor de enfermería puede haber sobrestimado sus valoraciones.

La prevalencia de la experiencia de náuseas-vómitos en los pacientes sometidos a quimioterapia varía del 10 al 90%, dependiendo del tratamiento oncológico<sup>7</sup>, aunque otros autores la estiman entre el 60 y el 72%<sup>22</sup>. Los registros de las historias clínicas de nuestra serie de pacientes sitúa a la mayoría con tratamiento antiemético pero careciendo de registros de valoración enfermera de dicho síntoma. Esto encaja con la hipótesis de infravaloración histórica del síntoma que defienden algunos autores<sup>23</sup>.

En el área psicosocial del paciente/familia, nuestros resultados relacionados con la ansiedad estado muestran unos niveles inferiores a otras series temporales (21,4 frente a 34,7)<sup>24</sup>. Sin embargo, su descenso en el tiempo coincide con otros estudios<sup>25</sup>.

En cuanto al impacto psicosocial relacionado con el ingreso, algunas investigaciones oncológicas lo evalúan a partir de modelos compuestos de varias escalas (calidad de

vida, apgar familiar, etc.)<sup>26</sup>. No se han encontrado estudios que utilicen el mismo instrumento de medida<sup>15</sup> con el fin de poder comparar nuestra población, pero por los rangos de la escala se puede presuponer que un índice de ajuste psicosocial por encima de 8 puntos podría considerarse como problemático y, sin embargo, nuestra muestra se encuentra casi 6 puntos por debajo. El hecho de que mejore a lo largo de la estancia, al igual que la ansiedad, apunta a un adecuado proceso de adaptación a la enfermedad.

Lo mismo sucede con el instrumento para evaluar el resultado de la satisfacción<sup>17</sup>; mejora la percepción del paciente de la calidad de los cuidados enfermeros a lo largo de la estancia, pero se desconocen estándares poblacionales del instrumento en otras series de pacientes (el nivel máximo es de 70 puntos y nuestra muestra ha alcanzado 55).

El último resultado de salud estudiado en esta área es el de la sobrecarga del cuidador. La escala de Zaryt<sup>16</sup> se ha usado mayoritariamente en gerontología, pacientes psiquiátricos y enfermedades neuromusculares, pero también en pacientes oncológicos<sup>27,28</sup>. Nuestros resultados coinciden con otros estudios en el aumento de la sobrecarga de los familiares en el ámbito de la situación terminal<sup>28</sup>, relacionado probablemente con el largo proceso de enfermedad.

Por último, los datos sobre UPP y BRC son excelentes (1 y 5 casos, respectivamente). Es llamativo que sólo el 1,7% de la muestra presentara UPP, frente al 8% que se encontró en la bibliografía<sup>29</sup>. Estas cifras pueden estar relacionadas, en cierta medida, con el buen estado nutricional que presentan los pacientes. Por otro lado, las BRC también se han producido en menor medida (8,9%) que en otros estudios que las cifran en el 17% para pacientes oncológicos<sup>30</sup>. Finalmente, la cifra de complicaciones trombóticas en los catéteres (39,3%) se sitúa en rangos similares a otras series (12–64%)<sup>31</sup>.

Estos resultados pueden explicarse por razones intrínsecas de los pacientes, pero también se puede valorar la hipótesis de que los cuidados de enfermería prestados son más efectivos, que el clima organizacional de las unidades de estudio genera mayor motivación profesional o que su actualización de conocimientos es superior.

A pesar de las debilidades del estudio, dado el escaso número de pacientes, los problemas relacionados con la comparabilidad de las mediciones de los instrumentos de medida y la subjetividad de muchos de los *outcomes*, se puede decir que los resultados ilustran adecuadamente el estado de los resultados de salud de los pacientes oncohematológicos relacionados con los cuidados enfermeros. Estos resultados deben ser de utilidad como instrumento de concienciación de la necesidad de valorar adecuadamente los signos y síntomas de nuestros pacientes mediante registros adecuados, y deben servir como punto de partida para futuras investigaciones experimentales que evalúen la efectividad de intervenciones enfermeras en el cuidado oncohematológico. Por último, y no por ello menos importante, no se debería olvidar la necesidad de realizar estudios cualitativos, con el fin de fundamentar líneas estratégicas que conduzcan a la implantación de dichas intervenciones enfermeras efectivas en nuestra práctica clínica cotidiana.

## Financiación

Este artículo forma parte del trabajo de campo del proyecto titulado “Análisis de la efectividad de la implantación de un modelo de Enfermería Basada en la Evidencia, mediante una investigación-acción-participante, en una unidad de oncohematología”, financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI051330). Los resultados aquí publicados se refieren a los datos de la primera serie temporal de pacientes que conforman el estudio cuasi-experimental global financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria.

## Bibliografía

1. National Comprehensive Cancer Network. Fiebre y neutropenia. Guías de tratamiento para pacientes con cáncer. (V. II, marzo 2006). Disponible en: [http://www.nccn.org/patients/patient\\_gls/\\_spanish/pdf/NCCN\\_fiebre-n.pdf](http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_spanish/pdf/NCCN_fiebre-n.pdf)
2. Cauqui Calderón AJ. Intervenciones de enfermería en la prevención de infecciones del enfermo oncohematológico. *Enferm Global* [revista en Internet]. 2004(4) [15 pantallas]. Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/580/602>.
3. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(Suppl):166–206.
4. Invitational Symposium. Nursing and Health Outcomes Project. Toronto: The Nursing and Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit, University of Toronto; 15 y 16 de marzo de 2001/2001.
5. Theroux R. Evidence and outcomes. How to bring evidence into your practice. *AWHONN Life*. 2006;10:244–9.
6. Zeitz K, McCutcheon H. Evidence-based practice: to be or not to be, this is the question!. *Int J Nurs Pract*. 2003;9:272–9.
7. Molassiotis A. Managing nausea and vomiting after cancer treatment: patients still suffer unnecessarily. *Eur J Oncol Nurs*. 2005;9:4–5.
8. Cerezo L. Diagnóstico del estado nutricional y su impacto en el tratamiento del cáncer. *Oncología (Barc.)* [periódico en Internet]. 2005;28(3):23–8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S0378-48352005000300004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0378-48352005000300004&lng=es&nrm=iso).
9. Harris DJ, Knobf T. Assessing and managing chemotherapy-induced mucositis pain. *Clin J Oncol Nurs*. 2004;8:622–8.
10. Sitzia J, Word N. Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 1998;35:1–12.
11. O’Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2002;23:759–69.
12. Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. Toronto, Ontario: RNO; 2005 [acceso, 28 Jul 2008]. Disponible en: [http://www.rnao.org/Storage/12/638\\_BPG\\_Pressure\\_Ulcers\\_v2.pdf](http://www.rnao.org/Storage/12/638_BPG_Pressure_Ulcers_v2.pdf).
13. World Health Organization. Handbook for reporting results of cancer treatment. Geneva: WHO; 1979. p. 15–22.
14. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo. Adaptación española. Manual. 4.ª ed. Madrid: TEA, Publicaciones de Psicología Aplicada; 1994.
15. Latour J, Gutiérrez T, Reig A, Ribera Domene D, Grupo de Investigadores del Proyecto ASCI. Construcción y validación de un índice de ajuste psicosocial en cuidados intensivos sin entrevista del paciente. *Med Clin (Barc)*. 1994;102:291–3.
16. Zaryt SH, Zaryt JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. Technical report. Pennsylvania State University; 1983.
17. Cabrero J, Richart M, Reig A. Validación de constructo de tres escalas de satisfacción del paciente mediante la estrategia de matrices multirrasgo-multimétodo. *Análisis y modificación de conducta*. 1995;21:359–95.
18. Fuentelsaz C. Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enferm Clin*. 2001;11:97–103.
19. Woo SB, Sonis ST, Monopoli MM, Sonis AL. A longitudinal study of oral ulcerative mucositis in bone marrow transplant recipients. *Cancer*. 1993;72:1612–7.
20. Kolbinson DA, Schubert MM, Flournoy N, Truelove EL. Early oral changes following bone marrow transplantation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1988;66:130–8.
21. McGuire DB, Yeager KA, Dudley WN, Peterson DE, Owen DC, Lin LS, et al. Acute oral pain and mucositis in bone marrow transplant and leukemia patients: data from a pilot study. *Cancer Nurs*. 1998;21:385–93.
22. Miller M, Kearney N. Chemotherapy-related nausea and vomiting past reflections, present practice and future management. *Eur J Cancer Care*. 2004;13:71–81.
23. Foubert J, Vaessen G. Nausea: the neglected symptom?. *Eur J Oncol Nurs*. 2005;9:21–32.
24. Aitini E, Sempereboni A, Aleotti P, Zamagni D, Cavazzini G, Barbieri R, et al. Anxiety levels in cancer patients and “life sound” experience. *Tumori*. 2007;93:75–7.
25. Cruzado JA. Apoyo psicológico en oncología radioterápica. *Oncología (Barc)*. 2004;27:408–11.
26. Abián L, Cortés F, Cortés H. Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2003;0:83–92.
27. Gort AM, Mazarico S, Balleste J, Barberà J, Gomez X, de Miguel M. Use of Zarit scale for assessment of caregiver burden in palliative care. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:132–3.
28. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*. 2004;170:1795–801.
29. Olson K, Tkachuk L. Preventing pressure sores in oncology patients. *Clin Nurs Res*. 1998;7:207–24.
30. Butt T, Afzal RK, Ahmad RN, Hussain I, Anwar M. Central venous catheter-related bloodstream infections in cancer patients. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2004;14:549–52.
31. Vescia S, Baumgärtner AK, Jacobs VR, Kiechle-Bahat M, Rody A, Loibl S, et al. Management of venous port systems in oncology: a review of current evidence. *Ann Oncol*. 2008;19:9–15.