

**RECUPERANDO EVIDENCIAS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS (1ª PARTE):
MUCOSITIS, DOLOR Y SATISFACCIÓN**

**FINDING EVIDENCES ON ONCOHEMATOLOGICAL PATIENTS (1ST PART):
MUCOSITIS, PAIN AND SATISFACTION**

Autor: Josefa Solano Antolinos (1), Susana Sánchez Sánchez (1), Eva Abad Corpa (2), José Manuel Estrada Lorenzo (3), José Tomás Martínez Corbalán (4).

Dirección de contacto: evaabadcorpa@ono.com

Financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI051330).

Cómo citar este artículo: Solano Antolinos J, Sánchez Sánchez S, Abad Corpa E, Estrada Lorenzo JM, Martínez Corbalán JT. Recuperando evidencias en pacientes oncohematológicos (1ª Parte). NURE Inv [Revista en Internet] 2008 Nov-Dic. [fecha acceso]; 5 (37): [aprox 10 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=112&ID_ORIGINAL_INI=1

Resumen: La Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) surge como herramienta para favorecer el pensamiento crítico, alentar la utilización de los resultados de la investigación y conseguir a medio-largo plazo un aumento de la calidad.

Para evaluar este aumento en la calidad de los cuidados, se debería valorar la mejora en los resultados en salud de los pacientes; en el ámbito de la enfermería oncohematológica algunos resultados de salud pueden ser: el impacto de los factores psicosociales asociados con el ingreso, el control de síntomas y efectos adversos y la satisfacción del paciente frente a los cuidados de enfermería.

Así, la mucositis oral y el dolor relacionado con esta constituyen uno de los principales efectos adversos en el paciente oncológico apareciendo en un 40% de los casos.

Por otro lado, la producción científica es muy escasa sobre el impacto psicosocial y la satisfacción frente a los cuidados enfermeros.

Por este motivo, nos plantemos localizar y resumir las evidencias sobre mucositis, dolor relacionado, esfera emocional del paciente y satisfacción.

Se realizaron búsquedas bibliográficas CINAHL, MEDLINE, Cochrane Library, EMBASE, Pascal Biomed, LILACS, CUIDEN, CUIDEN cualitativa y CUIDATGE, en inglés, francés y español.

Los hallazgos y recomendaciones más relevantes se sintetizaron en una ficha-póster junto con las propuestas de cambios en la PC, la clasificación de niveles de evidencia y la importancia del problema clínico.

Los cambios propuestos surgieron del interior del grupo de trabajo asistencial y esto puede suponer un cambio de conductas y actitudes que esperamos facilite la difusión de innovaciones.

Palabras clave: Enfermería, Oncohematología, Evidencias, Mucositis, Dolor, Satisfacción.



Abstract: Evidence Based Practice (EBP) is used as a tool to update nursing knowledge. It increases nurses' critical appraisal skills, to use the best available investigations and improve quality care in the medium to long term.

In order to evaluate the repercussion of the EBP on quality daily cares, it is necessary to assess the impact on patients' health; in regards to oncohematological nursing, some health outcomes would be: secondary effects, psychosocial factors influence on the admission time and patients satisfaction with nursing carers.

Oral Mucositis, and pain associated to it, is one of main secondary effects of treatments for cancer. This complication appears in approximately 40% of the cases.

There are countless studies on the subject of Oral Mucositis. However, not much has been published about Nurse Care Patient Satisfaction and Psychosocial Impact.

As a consequence, our objective has been: to find and summarize the evidences about Mucositis, Pain associated, and Satisfaction; in order to encourage the spread of knowledge and promote changes in practice.

Databases as CINAHL, MEDLINE, Cochrane Library, EMBASE, Pascal Biomed, LILACS, CUIDEN, CUIDEN qualitative y CUIDATGE were revised in Spanish, French and English. No time restrictions were applied.

The main findings and recommendations were synthesised on a poster, next to suggestions for practical changes to implement, evidence levels used, and the clinic problem significance.

The suggested changes arose from nursing staff based on evidences found that includes behaviours and attitudes changes, which should facilitate more rapid innovations diffusion.

Key words: Nursing, Oncohematology, Evidence, Mucositis, Pain, Satisfaction.

Centro de Trabajo: (1) Enfermera. Unidad de Oncohematología. Hospital General Universitario JM^a Morales Meseguer. (Murcia, España) (2) Enfermera. M.Sc. en Ciencias Enfermeras. Ph.D candidata. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, (3) Bibliotecario. Biblioteca de la Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad. (Madrid, España), (4) Enfermero. Supervisor de Unidad de Oncohematología. Hospital General Universitario JM^a Morales Meseguer. (Murcia, España)

Fecha del Trabajo: 14/04/2008

INTRODUCCIÓN

El sector sanitario y de cuidados de salud es uno de los más ricos en lo que a fundamentos científicos se refiere. Sin embargo, existe una enorme cantidad de conocimientos que no se aplican o a penas se utilizan. Existen numerosas innovaciones contrastadas con rigor, que cuando son aplicadas en un lugar o contexto concretos, se diseminan muy lentamente. De esta forma, el desarrollo no está limitado por el ritmo de los descubrimientos, sino por el de su implantación.

Específicamente, la utilización de los resultados de la investigación en la práctica enfermera ha sido discutida durante los últimos veinticinco años; pero, a pesar de los esfuerzos invertidos y el acuerdo considerable entre los profesionales, existe aun un distanciamiento importante entre la investigación y la práctica ^(1,2).

Por otro lado, los profesionales adoptan con frecuencia conductas diferentes ante la misma situación clínica. Esta variabilidad de la práctica clínica se observa en comunidades vecinas y no se puede explicar por diferencias en términos de características o preferencias de los pacientes ⁽³⁻⁵⁾.

Con el fin de disminuir esta laguna entre la investigación y la práctica, se postula que la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) puede aumentar la habilidad de las enfermeras para crear guías de práctica clínica, favorecer el pensamiento crítico y la actualización de conocimientos, promover el avance de las ciencias enfermeras, mejorar su credibilidad como profesionales autónomos, mejorar los resultados de salud en los clientes, controlar los costes sanitarios y, por último, alentar la utilización de los resultados de la investigación más recientes y más fiables de forma que se produzca a medio-largo plazo un aumento de la calidad de los cuidados ⁽⁶⁻¹²⁾.

La PCBE no es un libro de recetas en el cual el "arte" clínico no tiene cabida ^(13,14). Así, Sackett et al. definen la Medicina Basada en la Evidencia como "el empleo consciente y juicioso de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones sanitarias" ⁽¹⁵⁾. Su fin último es utilizar un modelo para la toma de decisiones que nos haga reflexionar y comprender el por qué de los factores e interacciones que influyen en nuestras decisiones sanitarias, entender y darle significado a los datos científicos que han sido demostrados en investigaciones previas y, por último, sopesar las ventajas y desventajas contextualizándolas antes de actuar tomando una decisión.

Sin embargo, mantenerse perfectamente actualizado es una labor inmensa para los clínicos, si lo intentan hacer de forma aislada. Las tendencias actuales son mucho más realistas y tienden a pensar en "creadores" y en "usuarios" de evidencias ya digeridas, sintetizadas y evaluadas por los primeros ⁽¹⁵⁾.

Por otro lado, esta misma problemática implica también la necesidad de evaluar la repercusión real de la incorporación de la PCBE en la calidad de la práctica cotidiana de los cuidados; no sólo desde la perspectiva del "proceso" sino también de los "outcomes" ⁽¹⁶⁾, es decir se debe evaluar la efectividad de la modificación de la práctica enfermera en términos de mejora en los resultados en salud de los pacientes. Tal y como propone el *Nursing and Health Outcomes Project* ⁽¹⁷⁾, un resultado de salud producido por el cuidado enfermero sería aquella variable, conducta o

percepción del paciente/familia que puede ser medido a lo largo del tiempo y responde a una intervención enfermera.

Así, dentro del ámbito de la enfermería oncohematológica alguno de los resultados de salud de los pacientes (*nursing outcomes*) más destacados pueden ser: el impacto de los factores psicosociales asociados con el ingreso, el control de síntomas, la sobrecarga del cuidador, la satisfacción del paciente frente a los cuidados de enfermería y los efectos adversos como la infección nosocomial, las úlceras por presión y el correcto mantenimiento de tecnologías sanitarias.

El paciente oncohematológico presenta una susceptibilidad mayor a diversos procesos mórbidos como infecciones, alteraciones de la integridad cutánea o dolor, que la mayoría de las personas enfermas dado que su propia enfermedad, los procesos asistenciales que requiere (como someterse a un trasplante de progenitores hemopoyéticos) y las intervenciones, tanto técnicas como farmacológicas que precisan, desencadenan un serio compromiso tanto de su sistema inmunológico celular y humoral, como de sistemas defensivos básicos en cualquier individuo como son la piel y las mucosas.

Los efectos adversos del tratamiento anticanceroso constituyen uno de los principales problemas que el paciente oncológico presenta. La mayor parte de los fármacos utilizados no son específicos para un tipo de tumor; esta inespecificidad hace que sea responsable del riesgo citotóxico al que están sometidas las células normales del organismo, provocando la aparición de efectos secundarios en las personas que lo reciben ⁽¹⁸⁾. De entre estos efectos adversos cabe destacar la mucositis oral y el dolor relacionado con esta, que tiene lugar aproximadamente en el 40% de los pacientes oncológicos ⁽¹⁹⁾.

Además y en estrecha relación con el *outcome* anterior se encuentra la satisfacción del paciente oncohematológico frente a los cuidados de enfermería. Se ha trabajado sólo parcialmente el impacto emocional que produce la enfermedad y existe una importante laguna con respecto a la satisfacción de los pacientes, debido quizás a la asunción de que es irrelevante cara a la curación ⁽²⁰⁾. Sin embargo, es importante hacer visible que las percepciones y puntos de vista de los pacientes pueden mejorar las prácticas sanitarias. Desgraciadamente, los pacientes señalan que han recibido poca o ninguna ayuda cuando “se han sentido tristes”, “con falta de control” o “con necesidad de hablar con alguien” y que el 35% de ellos no entiende el propósito de la quimioterapia.

Si a todo lo expuesto anteriormente, se suma en primer lugar que existe un elevado número de intervenciones por las que optar para prevenir y tratar la mucositis así como para valorarla, en segundo lugar que existe escasa producción científica relacionada con la satisfacción frente a los cuidados enfermeros, en tercer lugar que en nuestro contexto clínico existían protocolos y guías de actuación no actualizadas, y en cuarto lugar que el equipo de enfermería asistencial-gestor-investigador se hallaba inmerso en un proyecto de investigación sobre la utilización de resultados de la investigación considerando imprescindible incorporar evidencias científicas a la práctica

clínica, parecía imperiosa la necesidad de recuperar y resumir la evidencia de las recomendaciones para la práctica enfermera de los *nursing outcomes* comentados.

Así nos planteamos los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo general:

Unificar criterios de intervención, basados en la evidencia, para mejorar la calidad del cuidado al paciente oncohematológico en el Hospital Morales Meseguer de Murcia.

Objetivos específicos:

- Identificar las evidencias sobre mucositis, dolor relacionado, satisfacción con el cuidado e impacto emocional.
- Establecer mecanismos de difusión que integren las evidencias encontradas y las recomendaciones para los cambios en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Con el fin de localizar las evidencias existentes, la búsqueda bibliográfica extensiva e inclusiva comprendió la búsqueda de estudios publicados e indexados en bases de datos bibliográficas nacionales e internacionales.

La búsqueda comprendió los estudios publicados en inglés, francés y español, sin límite de tiempo, en las bases de datos: CINAHL, MEDLINE, Cochrane Library, EMBASE, Pascal Biomed, LILACS, CUIDEN, CUIDEN cualitativa y CUIDATGE.

Para tal fin se llevaron a cabo unas búsquedas bibliográficas en la plataforma OVID con las estrategias de búsqueda planteadas en las Tablas 1 y 2.

No se aplicaron ningún tipo de límites y en las bases de datos españolas se emplearon los mismos términos que en las bases de datos internacionales adaptados a las especificidades y a los índices de cada una de ellas.

Tabla 1: Estrategias de búsqueda electrónica sobre mucositis y dolor relacionado.

| A) Lenguaje controlado: | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| CINAHL | MEDLINE | EMBASE |
| #1 "Hematologic Neoplasms" | #1 "Hematologic Neoplasms" | #2 "Oncology" AND "Hematology" |
| #3 "Oncologic Nursing" | #3 "Oncologic Nursing" | #4 "Oncology Nursing" |
| | #5 "Mucositis" | #6 "Mucosa Inflammation" |
| #7 "Pain" | #7 "Pain" | #7 "Pain" |
| #8 "Pain Measurement" | #8 "Pain Measurement" | #9 "Pain Assessment" |
| # 10 (#1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6) AND (#7 OR #8 OR #9) | | |
| B) Lenguaje libre en todas las bases de datos (CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE y PASCAL BIOMED) | | |
| #11 | hematolog\$ OR haematolog\$ | |
| #12 | oncolog\$ OR neoplasm\$ OR cancer | |
| #13 | nursing OR nurse\$ | |
| #14 | mucositis AND pain | |
| #15 | #11 AND #12 AND #13 AND #14 AND #15 | |
| C) Combinación de la búsqueda en lenguaje controlado y la búsqueda en lenguaje libre : | | |
| #16 | #10 OR #15 | |

Tabla 2: Estrategias de búsqueda electrónica sobre satisfacción e impacto emocional.

| A) Lenguaje controlado: | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| CINAHL | MEDLINE | EMBASE |
| #1 "Hematologic Neoplasms" | #1 "Hematologic Neoplasms" | #2 "Oncology" AND "Hematology" |
| #3 "Oncologic Nursing" | #3 "Oncologic Nursing" | #4 "Oncology Nursing" |
| #5 "Patient Satisfaction" | #5 "Patient Satisfaction" | #5 "Patient Satisfaction" |
| #6 "Consumer Satisfaction" | #6 "Consumer Satisfaction" | #6 "Consumer Satisfaction" |
| #7 (#1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6) | | |
| B) Lenguaje libre en todas las bases de datos (CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE y PASCAL BIOMED) | | |
| #8 | hematolog\$ OR haematolog\$ | |
| #9 | oncolog\$ OR neoplasm\$ OR cancer | |
| #10 | nursing OR nurse\$ | |
| #11 | patient AND satisfaction | |
| #12 | #11 AND #12 AND #13 AND #14 AND #15 | |
| C) Combinación de la búsqueda en lenguaje controlado y la búsqueda en lenguaje libre: | | |
| #13 | #10 OR #15 | |

Con el fin de identificar las evidencias, se hizo una primera selección en función de los títulos de los documentos obtenidos, y una segunda a partir de los resúmenes; recuperándose a texto completo y agrupándose los más relevantes, que fueron objeto de la síntesis. Así, dependiendo del *outcome* a estudiar (intervención, experiencia vivida etc.) se utilizaron los diseños de estudios más adecuados para cada pregunta (Ensayos clínicos, Revisiones sistemáticas, Estudios observacionales, Estudios cualitativos etc.), se valoraron críticamente y se resumieron de forma descriptiva utilizando escalas de evidencias. Las propuestas de cambios en la práctica dependieron de su presencia o no en la práctica cotidiana de la unidad.

Finalmente, buscando favorecer la difusión de las evidencias encontradas, se utilizaron acciones de difusión con distintos formatos: *pull diffusion* (repositorios) y *push diffusion* (redes formales mediante la cadena de mando e informales mediante los líderes naturales del servicio).

RESULTADOS

Mucositis y dolor relacionado:

Tras implementar la estrategia de búsqueda y valorar su pertinencia a partir del título y resumen fueron seleccionados para la evaluación crítica 7 documentos, de los cuales finalmente se utilizaron 3 como fuentes de evidencia.

Los hallazgos más relevantes se dispusieron en formato de ficha-póster (Tabla 3) donde se argumentaba la justificación de la importancia del problema clínico, la clasificación de niveles de evidencia utilizada, las recomendaciones (10 recomendaciones) y la propuesta de cambios en la práctica clínica a implementar (2 recordatorios y 3 cambios). Este formato fue elegido para facilitar la transferencia de conocimiento en la práctica asistencial de la unidad ⁽²¹⁾.

Satisfacción e impacto psicosocial relacionado con el ingreso:

Tras implementar la estrategia de búsqueda y valorar su pertinencia a partir del título y resumen fueron seleccionados para la evaluación crítica 5 documentos, de los cuales, finalmente se utilizaron 3 como fuentes de evidencia.

Los hallazgos más relevantes se dispusieron en formato de ficha-póster (Tabla 4) al igual que en el caso anterior. Se realizaron 6 recomendaciones, 1 recordatorio y 2 cambios en la práctica clínica

Tabla 3. Mucositis y Dolor

Justificación

La mucositis oral, también llamada estomatitis, es una complicación debilitante secundaria a la quimioterapia y/o radioterapia, que tiene lugar aproximadamente en el 40% de los pacientes (especialmente frecuente en procesos oncohematológicos). Consiste en una inflamación 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. Existe un elevado número de intervenciones por las que optar para prevenir/tratar la mucositis así como para valorarla y aquí presentamos un resumen de las recomendaciones de la evidencia para la práctica enfermera.

Niveles de evidencia

Las escalas de clasificación de la evidencia científica diferencian de forma jerárquica los distintos niveles de evidencia en función del rigor científico del diseño del estudio.

- **Nivel I (máxima evidencia):** Medida fuertemente recomendada para su implantación. Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.
- **Nivel II:** Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado y con una base teórica racional fuerte para su uso.
- **Nivel III.1:** Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.
- **Nivel III.2:** Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o estudios analíticos de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
- **Nivel III.3:** Evidencia obtenida de multitud de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.
- **Nivel IV (mínima evidencia):** Sugerido para implantación y basada en la opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en la experiencia clínica, en los estudios descriptivos, o en los informes de los comités de expertos.

Hallazgos / Recomendaciones

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|
| <p>Protocolo estándar de cuidado oral</p> <p>(Nivel IV)</p> | <p>Evaluación de la mucositis</p> | <p>Evaluar la situación del paciente diariamente con instrumentos que incluyan evaluación visual, del dolor y de la capacidad de deglutir.</p> | <p>- Valorar el dolor objetivamente con escalas</p> <p>- Utilizar herramientas de clasificación de la mucositis como la escala de la OMS</p> | <p>CAMBIO EN LA PRÁCTICA Valorar y registro diario del dolor con una Escala Visual Analógica</p> <p>CAMBIO EN LA PRÁCTICA Valorar y registro diario del nivel de mucositis con la Escala de la OMS</p> |
| | <p>Antes de comenzar la terapia</p> | <p>- Tratamiento de la caries y enfermedad dental</p> <p>- Educación para la salud</p> | <p>- Proporcionar información general sobre la mucositis, su causa y relación con la quimioterapia.</p> <p>- Educar sobre la importancia de la higiene bucodental y cómo desarrollar una rutina diaria de cuidado oral (que incluya mucosas, dientes, labios...)</p> | <p>CAMBIO EN LA PRÁCTICA Realizar educación para la salud sobre la mucositis, su etiología, sus síntomas y la importancia de la higiene bucodental.</p> |
| | <p>Después de la terapia</p> | <p>Limpiar los dientes y las encías después de las comidas y antes de acostarse con un cepillo de dientes o un hisopo según se tolere</p> <p>Enjuagar la boca regularmente</p> <p>Si se utilizan prótesis dentales, quitarlas y limpiarlas diariamente y retirarlas mientras se descansa</p> <p>Evitar los estímulos dolorosos como la comida y bebidas calientes, la comida picante, el alcohol y el tabaco</p> <p>Inspección regular de la boca por el paciente y por los profesionales para poder instaurar tratamiento inmediato de los síntomas de mucositis e infecciones orales</p> <p>Informar de cualquier enrojecimiento, molestia o llagas en los labios o en la boca</p> | <p><i>Pacientes sometidos a quimioterapia, con o sin radioterapia:</i> Prevención de la mucositis: Allopurinol para pacientes tratados con 5-fluorouracil (Nivel I); Crioterapia (hielo en escamas) para pacientes tratados con bolos de 5-fluorouracil (Nivel II). <i>Pacientes sometidos a altas dosis de quimioterapia por trasplante de médula ósea:</i> Administración de opioides controlada por el paciente adaptada a las necesidades individuales del paciente (Nivel II).</p> | <p>CAMBIO EN LA PRÁCTICA Mantener la boca limpia y vigilada; no hay evidencia de la mayor efectividad de ningún tipo de solución de enjuague.</p> <p>CAMBIO EN LA PRÁCTICA Utilización de la crioterapia para pacientes tratados con 5-fluorouracil en el momento de la administración.</p> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Referencias

- Harris DJ, Knobf T. Assessing and Managing Chemotherapy-Induced Mucositis Pain. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2004; 8 (6): 622-28.
- Best Practice, Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Prevención y tratamiento de la mucositis oral en pacientes con cáncer. 1998; 2 (3): 1-6.
- López F, Oñate RE, Roldán R, Cabrerizo MC. Valoración de la mucositis secundaria a tratamiento oncohematológico mediante distintas escalas. Revisión. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10: 412-21.

Tabla 4. Satisfacción, Ansiedad, Estado de ánimo

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|-----------------------------|--|---|--|
| Justificación | | <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Niveles de evidencia</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>Las escalas de clasificación de la evidencia científica diferencian de forma jerárquica los distintos niveles de evidencia en función del rigor científico del diseño del estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel I (máxima evidencia): Medida fuertemente recomendada para su implantación. Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes. - Nivel II: Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado y con una base teórica racional fuerte para su uso. - Nivel III.1: Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados. - Nivel III.2: Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o estudios analíticos de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación. - Nivel III.3: Evidencia obtenida de multitud de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados. - Nivel IV (mínima evidencia): Sugerido para implantación y basada en la opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en la experiencia clínica, en los estudios descriptivos, o en los informes de los comités de expertos. </td> </tr> </table> | | | Niveles de evidencia | | <p>Las escalas de clasificación de la evidencia científica diferencian de forma jerárquica los distintos niveles de evidencia en función del rigor científico del diseño del estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel I (máxima evidencia): Medida fuertemente recomendada para su implantación. Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes. - Nivel II: Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado y con una base teórica racional fuerte para su uso. - Nivel III.1: Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados. - Nivel III.2: Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o estudios analíticos de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación. - Nivel III.3: Evidencia obtenida de multitud de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados. - Nivel IV (mínima evidencia): Sugerido para implantación y basada en la opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en la experiencia clínica, en los estudios descriptivos, o en los informes de los comités de expertos. | |
| Niveles de evidencia | | | | | | | | |
| <p>Las escalas de clasificación de la evidencia científica diferencian de forma jerárquica los distintos niveles de evidencia en función del rigor científico del diseño del estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel I (máxima evidencia): Medida fuertemente recomendada para su implantación. Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes. - Nivel II: Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado y con una base teórica racional fuerte para su uso. - Nivel III.1: Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados. - Nivel III.2: Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o estudios analíticos de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación. - Nivel III.3: Evidencia obtenida de multitud de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados. - Nivel IV (mínima evidencia): Sugerido para implantación y basada en la opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en la experiencia clínica, en los estudios descriptivos, o en los informes de los comités de expertos. | | | | | | | | |
| <p>Existe una gran producción científica alrededor de la efectividad del tratamiento del cáncer y sobre los efectos físicos de la quimioterapia. Por otro lado, se ha trabajado parcialmente el impacto emocional que produce la enfermedad y existe una importante laguna con respecto a la satisfacción de los pacientes, debido quizás a la asunción de que es irrelevante cara a la curación. Sin embargo, es importante hacer visible que las percepciones y puntos de vista de los pacientes pueden mejorar las prácticas sanitarias.</p> <p>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" y que el 35% de ellos no entiende el propósito de la quimioterapia.</p> <p>Aquí presentamos un resumen de las recomendaciones de la evidencia para la práctica enfermera.</p> | | | | | | | | |
| Hallazgos / Recomendaciones | | | | | | | | |
| <p>Dimensiones de la satisfacción en pacientes oncológicos (Nivel III)</p> | <p>Profesionalidad</p> | <p>Aspectos técnicos de los cuidados</p> | <p>Musicoterapia (Nivel I): Disminuye la ansiedad y mejora el estado de ánimo.</p> | <p>CAMBIO EN LA PRÁCTICA Utilización de la musicoterapia programada dos veces al día. Valorar distintos estilos musicales (instrumental, clásica...).</p> | | | | |
| | | | <p>Quimioterapia</p> | <p>Información (Ver*)</p> <p>Administración: Conocimientos técnicos (acción, dosis, modo de administración, elección de vía venosa, extravasaciones...)</p> <p>Post-tratamiento: Manejo de efectos adversos (nauseas, mucositis, fatiga, dolor...)</p> | | | | |
| | | <p>Educación al paciente / Información (*) (Nivel II)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Aumenta la satisfacción - Aumenta la tolerancia y manejo de síntomas - Aumenta adherencia a tratamiento - Disminuye la ansiedad - Disminuye estancias | <p>CAMBIO EN LA PRÁCTICA Realizar educación para la salud sobre la enfermedad y síntomas.</p> | | | | |
| | <p>Comunicación y Empatía</p> | <p><i>Conceptos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interacción social - Información - Explicación - Discusión de sentimientos, miedos y ansiedades | <ul style="list-style-type: none"> - Aumenta la satisfacción | <p>CAMBIO EN LA PRÁCTICA Realizar las siguientes técnicas en la relación con el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa - Observación - Refuerzo - Reflexión - Entrevista abierta | | | | |
| | <p>Organización</p> <p>Tiempo de respuesta</p> | | | | | | | |
| Referencias | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Sitzia J, Word N. Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literature. J Nurs Stud, 1998 (35): 1-12. - Best Practice, Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. La música como procedimiento en el medio hospitalario. 2001; 5 (4): 1-6. - Wallis M, Tyson S. Improving the Nursing Management of Patients in a Hematology/Oncology Day Unit: An Action Research Project. Cancer Nurs, 2003; 26 (1): 75-83. | | | | | | | | |



DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo último de la PCBE es mejorar la calidad de los cuidados y esto no se puede conseguir exclusivamente con el aumento de los conocimientos sino que requiere un cambio de actitudes y conductas ^(22,23).

Estos cambios pueden propiciarse generando el proceso desde el interior de los equipos y proporcionando herramientas útiles a los "usuarios" de evidencias con el fin de facilitar su incorporación a la práctica cotidiana ^(24,25).

Se consideran de utilidad los sumarios de evidencias propuestos por su sencillez, especificidad y contextualización al medio, características que harán más fácil la difusión de innovaciones en el servicio ^(26,27).

Como se ha comentado anteriormente, este trabajo forma parte de un proyecto de mayor envergadura que pretende generar cambios en la práctica clínica de la unidad, a partir de un modelo de implantación de la Enfermería Basada en la Evidencia generado a través de un proceso reflexivo-participativo de los profesionales de enfermería y evaluar la efectividad de dicho cambio en términos de resultados de salud en los pacientes. En próximas publicaciones se difundirán avances en los resultados de dicha investigación.



BIBLIOGRAFIA

1. Estabrooks CA. Will Evidence-Based Nursing Practice Make Practice Perfect?. *Can J Nurs Res* 1998; 30 (1): 15-36.
2. Royle JA, Blythe J, DiCenso A, Baumann A, & Fitzgerald D. Do nurses have the information resources and skills for research utilization?. *CJONA* 1997; 10 (3): 9-30.
3. Muir Gray JA, Haynes RB, Sackett DL, Cook DJ, Guyatt GH. Transferring evidence from research into practice: 3. Developing evidence-based clinical policy. *ACP J Club*. 1997 Mar-Apr ; 126: A14-6.
4. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Medicina Clínica* 2000; 114, 460-463.
5. Cabrero J, Orts MI, López-Coig ML, Velasco ML, Richart M. Variabilidad en la práctica clínica del mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos. *Gac Sanit* 2005; 19 (4): 287-93.
6. DiCenso A, Cullum N. Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions. *Evid Based Nurs* 1998; 1 (2): 38-40.
7. Titler MG, Kleiber C, Steelman V. et al. Infusing research into practice to promote quality care. *Nurs Res* 1994; 43: 307-313.
8. Instituto de Salud Carlos III. Building a european nursing research strategy. Final report. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1999.
9. Briggs M. Implementing research. *Nurs Stand* 1997; 11 (28): 42.
10. Seers K, Milne R. Randomised controlled trials in nursing. *Qual Health Care* 1997; 6 (1): 1.
11. Heater BS, Becker AM, Olson RK. Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies. *Nurs Res* 1988; 37 (5): 303-307.
12. Sackett DL, Rosenberg WM, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996; 312 (13), 71-72.
13. Zeitz K, McCutcheon H. Evidence-Based practice: To be or not to be, this is the question!. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9: 272-9.
14. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. (3ª ed). Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
15. Alper BS, White DS, Ge B. Physicians Answer More Clinical Questions and Change Clinical Decisions More Often With Synthesized Evidence: A Randomized Trial in Primary Care. *Ann Fam Med*, 2005; 3: 507-13.
16. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 1966; 44: 166-206.
17. The Nursing and Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit. University of Toronto, editors. Invitational Symposium. Nursing and Health Outcomes Project, 2001, march 15-16; Toronto, Ontario, Canada.



18. Cauqui Calderón AJ. Intervenciones de enfermería en la prevención de infecciones del enfermo oncohematológico. *Enfermería Global* [Revista online] 2004. May (4) [15 pantallas]. Disponible en <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/580/602>.
19. Harris DJ, Knobf T. Assessing and Managing Chemotherapy-Induced Mucositis Pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2004; 8 (6): 622-28.
20. Sitzia J, Word N. Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literature. *J Nurs Stud*, 1998 (35): 1-12.
21. Halligan P. Poster presentation: Valluing all forms of evidence. *Nurse Education in Practice* 2007; 8: 41-5.
22. Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *British Medical Journal*, 2004; 329; 1017.
23. Estabrooks CA, Rutakumwa W, O'Leary KA, Profetto-McGrath J, Milner M, Levers MJ, Scott-Findlay S. Sources of Practice Knowledge Among Nurses. *Qualitative Health Research* 2005; 15 (4): 460-76.
24. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A, O'Brien MA. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions to promote implementation of research findings by healthcare professionals. En Haines A, and Donald A. (Ed). *Getting Research findings into practice*, (29-67) 2ª Ed. London: BMJ; 2002.
25. Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine (Cochrane Methodology Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
26. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. (4ª ed). New York: The Free Press, 1995.
27. Glasziou P, Haynes B. The paths from research to improved health outcomes. *ACP Journal Club* 2005, 142 (2): A8-A10.

AGRADECIMIENTOS

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).