



Impacto de la enfermera de práctica avanzada en el proceso asistencial del paciente laringectomizado

Impact of the advanced practice nurse in the care process of the laryngectomized patient

Autora: María del Pilar Tapia Bermejo* (1).

Tutora: Lara Martínez Gimeno (2).

* **Dirección de contacto:** pilartb1986@gmail.com

Grado en Enfermería. Hospital Universitario La Paz (Madrid, España).

Resumen

Los pacientes con cáncer de laringe sometidos a laringectomía total deben estar acompañados por un profesional de enfermería experto, con capacidad de adoptar decisiones complejas y que proporcione una atención de calidad. En España la figura de la enfermera de práctica avanzada (EPA) es poco reconocida y no tiene regulación normativa, aunque es importante incluirla dentro del equipo asistencial para mejorar los cuidados del paciente oncológico complejo debido a su liderazgo clínico y transformacional. **Objetivo principal.** Evaluar el impacto de la enfermera de práctica avanzada en el proceso asistencial del paciente con cáncer de laringe y tratamiento quirúrgico de laringectomía total. **Diseño y ámbito de estudio.** Estudio cuasiexperimental pre-post longitudinal prospectivo a un solo grupo de pacientes no aleatorizado, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario la Paz, desde el año 2021 hasta el 2023. **Variables del estudio.** Se recogerán variables relacionadas con indicadores clínicos, además de variables como la ansiedad, calidad de vida, grado de satisfacción entre otras. **Intervención.** La EPA realizará 13 sesiones individuales de forma coordinada con el equipo asistencial desde el diagnóstico hasta el alta hospitalaria, estas abordarán aspectos tanto a nivel educativo como asistencial del paciente. La aparición de la figura de la EPA responde a la cambiante demanda de los servicios sanitarios, al aumento del coste asistencial y al continuo desarrollo profesional, por tanto, es necesario valorar la posibilidad de introducir nuevos modelos profesionales dentro de la práctica clínica, para adaptar el sistema de salud a los cuidados que la sociedad necesita.

Palabras clave

Rol de la Enfermera; Liderazgo; Neoplasias Laríngeas; Laringectomía; Evaluación del Impacto en la Salud.

Abstract

Patients with laryngeal cancer undergoing total laryngectomy must be accompanied by an expert nursing professional, who must be able to take complex decisions and to provide quality care. In Spain, the advanced practice nurse (APN) figure is little recognized and it has not a formal regulation; although it is important to include it within the care team to improve the care of complex cancer patients due to its clinical and transformational leadership. **Main objective:** to evaluate the impact of the advanced practice nurse in the care process of patients with laryngeal cancer and total laryngectomy surgical treatment. **Study design and scope:** a prospective longitudinal pre-post quasi-experimental study of a single non-randomized group of patients, in the Otorhinolaryngology service of the la Paz University Hospital, from 2021 to 2023. **Study variables:** variables related to clinical indicators, in addition to variables such as anxiety, quality of life, degree of satisfaction, among others. **Intervention:** the EPA will carry out 13 individual sessions in coordination with the care team from diagnosis to hospital discharge, these will address both educational and patient care aspects. The appearance of the figure of the EPA responds to the changing demand for health services, the increase in the cost of care and the continuous professional development, therefore, it is necessary to assess the possibility of introducing new professional models within clinical practice, to adapt the health system to the care that society needs.

Keywords

Role of the Nurse; Leadership; Laryngeal Neoplasms; Laryngectomy; Health Impact Assessment.

ANTECEDENTES

Los pacientes con cáncer de laringe que son laringectomizados recorren un largo y difícil camino dentro del sistema sanitario. Este tipo de cáncer se sitúa dentro de los diez primeros tumores malignos más prevalentes en España siendo diagnosticados en el año 2020, 3211 nuevos casos (1-4). Tras el diagnóstico el paciente se sitúa frente a la finitud de la vida, provocando un trauma emocional y psicológico. Por ello, es importante que un profesional de enfermería experto con amplia visión biopsicosocial del cuidado, proporcione una atención de calidad basada en la mejor evidencia científica disponible. La aparición de la figura de la enfermera de práctica avanzada responde a la cambiante demanda en la atención sanitaria, al aumento del coste sanitario y al continuo desarrollo del profesional de enfermería (5-10).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define a la enfermera de práctica avanzada (EPA) como una “enfermera especialista que ha adquirido una base de conocimiento experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado” (4).

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) y la European Oncology Nursing Society (EONS) corroboran la importancia que adquiere dicha figura en el contexto oncológico debido al alto impacto emocional y social que tiene el cáncer. Cohen y Carper justifican la necesidad de crear un profesional de referencia para el paciente oncológico complejo en el ámbito hospitalario que coordine los distintos niveles asistenciales, realice el seguimiento, fomente el autocuidado y proporcione asesoramiento postratamiento que permita una atención y valoración temprana (7-10).

En España existe una heterogeneidad que afecta a distintos aspectos de la EPA, tanto en su denominación como en los requisitos formativos y de desarrollo de sus funciones. Dicho rol se ha puesto en marcha en alguna comunidad autónoma, como es el caso de Andalucía, donde desarrolla su práctica en áreas como la oncología, heridas complejas y ostomías (11). El marco normativo de la legislación española solo contempla al profesional graduado en enfermería y la enfermera especialista, dejando fuera a la enfermera de práctica avanzada. Sánchez-Martin refleja que dicha figura “ofrece vías más que justificadas para su planteamiento en los servicios de salud, como una alternativa potencial nicho de efectividad y eficiencia superiores, en muchos casos, a otro tipo de medidas” (4), por ello, reflejan mejores resultados relacionados con la satisfacción y el estado emocional del paciente (1).

Fuera de nuestras fronteras sí existe regulación normativa debido a los resultados de más de una década de investigación que avalan su importancia. Su desarrollo, por tanto, está en auge, dado que reflejan los mejores resultados relacionados con la satisfacción y el estado emocional del paciente, ya que dicho profesional experto planifica los cuidados de forma efectiva, además, de corroborar su sostenibilidad y eficacia dentro del proceso terapéutico

centrado en el paciente oncológico complejo en el ámbito hospitalario (6-10).

Proporcionar una atención de calidad basando la práctica clínica en la mejor evidencia disponible disminuye, por ende, los costes derivados de un cuidado fragmentado. Por todo lo anteriormente descrito, se evidencia la necesidad de regular las competencias de la EPA en el área oncológica y realizar estudios científicos que evalúen su impacto.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Objetivo Principal

Evaluar el impacto de la figura de la enfermera de práctica avanzada en el proceso asistencial del paciente con cáncer de laringe y tratamiento quirúrgico de laringectomía total, ingresado en el Hospital Universitario la Paz de la Comunidad de Madrid, durante el periodo 2021 hasta 2023.

Objetivo Secundario

Evaluar el nivel de ansiedad, calidad de vida y describir el grado de satisfacción con el proceso asistencial después de recibir las intervenciones por parte de la enfermera de práctica avanzada en pacientes con cáncer de laringe y con tratamiento quirúrgico de laringectomía total, ingresado en el Hospital Universitario la Paz de la Comunidad de Madrid, durante el periodo 2021 hasta 2023.

Hipótesis

Las intervenciones de la enfermera de práctica avanzada mejoran el proceso asistencial, disminuyen el nivel de ansiedad, mejoran la calidad de vida y la satisfacción respecto al proceso asistencial de los pacientes con cáncer de laringe y tratamiento quirúrgico de laringectomía total.

METODOLOGÍA

Diseño

Se utilizará metodología cuantitativa a través de un estudio cuasiexperimental pre-post longitudinal prospectivo. La intervención se realizará a un solo grupo de pacientes de manera no aleatoria.

Ámbito de estudio

Servicio de Otorrinolaringología (ORL) del Hospital Universitario la Paz siendo un centro público de tercer nivel perteneciente al Servicio Madrileño de Salud. Los pacientes derivados por el médico de atención primaria tienen su primer contacto con los profesionales de atención especializada a través de las consultas externas de ORL. El estudio se realizará desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre 2023.

Sujetos de estudio

Se considerará población diana los pacientes que acudan a consultas externas de ORL y reciban un diagnóstico de carcinoma escamoso primario de laringe en estadio avanzado III y IV según la American Joint Committee On Cancer (12).

- **Criterios de inclusión:** hombres y mujeres mayores de 18 años cuya primera línea de tratamiento quirúrgico sea una laringectomía total y no habiendo recibido de forma previa a la cirugía otro tratamiento activo contra el cáncer. No presentar un proceso metastásico o de recidiva previo al diagnóstico y no haber estado sometido a otro proceso oncológico con anterioridad. No presentar enfermedad mental ni limitación en sus facultades mentales que impidan el correcto cumplimiento de las pruebas de evaluación del estudio y no tener hábito tabáquico y/o de alcohol en el momento del diagnóstico. Los sujetos participarán de forma voluntaria y tras haber sido pertinentemente informados de los objetivos y característica de la investigación, ante los cuales firmarán su consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:** pacientes sometidos a tratamiento paliativo debido al avanzado estadio del cáncer o pacientes con enfermedad de base ansioso/depresiva anterior al diagnóstico. El consumo habitual de medicamentos antidepresivos, relajantes o hipnóticos es también un motivo de exclusión.
- **Sangrado (variable cualitativa dicotómica):** se evaluará mediante la presencia de sangre en la herida quirúrgica, se anotará el volumen total de sangre perdida en ml. Para ello, se utilizará el método gravimétrico descrito por Wangsteen. Consistirá en medir la hemorragia con una estimación subjetiva asignando un valor a cada material empleado para cortar la hemorragia: una compresa de 10x10 cm completamente empapada, equivale a 60 ml de sangre y una compresa de 30x30 cm equivale a 140 ml de sangre (19).
- **Dolor (variable cuantitativa discreta):** será cuantificado con la Escala Visual Analógica (EVA). El paciente debe asignar al dolor un valor numérico de 0 a 10, donde en el extremo izquierdo se sitúa las palabras “sin dolor” y en el extremo derecho “peor dolor”. Previamente, se debe contextualizar al paciente con instrucciones previas necesarias para que asigne su dolor a un término numérico (20,21).
- **Días de estancia (variable cuantitativa discreta):** número de días de ingreso hospitalario.

Tipo de muestreo y tamaño muestral

Los pacientes se incluirán en el estudio utilizando un muestreo no probabilístico accidental o consecutivo a medida que acudan a la consulta externa de Otorrinolaringología (ORL) donde la selección de los sujetos se realizará de forma directa tras cumplir los requisitos establecidos. La previsión muestral durante el periodo de estudio será de 30 pacientes que serán incluidos a medida que acudan a consulta.

Variables del estudio

Variables principales

Estarán relacionadas con el proceso asistencial y se focalizarán en indicadores clínicos:

- **Infección (variable cualitativa dicotómica):** se evaluará mediante la presencia de dos o más signos y síntomas clínicos, dando como resultado criterios de infección. Los signos y síntomas clínicos son: exudado (purulento, seroso con inflamación, seropurulento, hemopurulento), celulitis, eritema, retraso en la cicatrización, induración, mal olor, dehiscencia/aumento de la herida quirúrgica, edema, absceso, elevación de la temperatura local, dolor espontáneo o a la palpación y tumefacción con aumento del volumen del exudado. Se registrará el día de aparición de los mismos (13-15).
- **Fístula faringocutánea (FFC) (variable cualitativa dicotómica):** es la comunicación del tracto digestivo con la piel de la zona cervical, ocasionando la salida de la saliva a través de la piel tras la deglución. Suele aparecer alrededor del traqueostoma, por el constante flujo de saliva ocasionando infección, por tanto, dificulta el cierre de la fístula. Se administrará al paciente por vía oral un vaso de agua con un colorante orgánico, azul de metileno. Posteriormente se observará si existe o no presencia de tinción/saliva por el traqueostoma o piel perilesional, anotándolo en la historia clínica (16-18).
- **Ansiedad (variable cualitativa dicotómica):** se evaluará con la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. La subescala de ansiedad tiene 9 ítems con respuestas dicotómicas: del 1- 4 ítems servirán de despistaje ante un posible trastorno mental y del 5- 9 ítems se obtendrán respuestas positivas a las preguntas de despistaje. Cada respuesta afirmativa se puntuará con 1 punto y el diagnóstico se dará cuando el punto de corte sea mayor o igual a 4 puntos (22).
- **Calidad de vida (variable cuantitativa discreta):** será evaluada con el cuestionario de la EORTC tercera versión (QLQ-30 versión 3.0), creado por M. A Sprangers y validado al español por Juan Ignacio Arrarás. Consta de 30 preguntas referida a factores físicos, emocionales, sociales y de valoración global. Todos los ítems se puntuarán de 1- 4 puntos, excepto en la escala de salud global donde sus ítems van desde 1- 7 puntos, siendo el rango de puntuación de 0 a 100. Por tanto, a mayor puntuación mejor es la calidad de vida (23-25).
- **Gado de satisfacción del proceso asistencial recibido (variable cuantitativa discreta):** se evaluará en la planta de hospitalización una vez sea dado de alta. Se proporcionará un cuestionario con preguntas de valoración del servicio compuesto de 5 categorías con respuesta tipo Likert: “muy satisfecho/satisfecho”, “ni satisfecho/ni insatisfecho”, “muy insatisfecho/insatisfecho”, “no sabe/ no contesta” y preguntas abiertas. El análisis en primera instancia será descriptivo. Se considerará la totalidad de las respuestas obtenidas, excluyendo las “no sabe/no contesta”, señalando en los que el porcentaje sea mayor o igual a 5%. En el caso de las preguntas abiertas se lleva a cabo un análisis cualitativo, agrupándolas en categorías homogéneas. Posteriormente se realiza un análisis de regresión lineal múltiple, donde se identificarán las variables de mayor

Variables secundarias

impacto. Por último, un análisis factorial para identificar los factores de mayor impacto en la satisfacción global del paciente (26).

- **Calidad de sueño (variable cuantitativa discreta):** se medirá con el cuestionario Oviedo de sueño, validado al español por Macías y Royuela. Formado por 15 ítems, 13 de ellos en tres subescalas. La satisfacción subjetiva del sueño se puntúa del 1 “muy insatisfecho” al 7 “muy satisfecho”; el insomnio se evalúa su naturaleza y las repercusiones en la vigilia y su gravedad; en el hipersomnio se evalúan el sueño diurno, la preocupación y/o la disminución del funcionamiento por ese motivo. Los dos ítems restantes, proporcionarán información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1- 5, excepto el ítem 1 que se evalúa de 1- 7. La puntuación oscila de 9- 45 puntos donde a mayor puntuación mayor gravedad de insomnio (27-29).
- **Depresión (variable cualitativa ordinal):** se evaluará con la escala Hamilton Rating Scale for Depression creada por Max Hamilton en versión reducida y validada al español por Ramos-Brieva. Consta de 17 ítem con 3-5 respuestas, dando como resultado no deprimido de 0-7 puntos, depresión ligera/menor de 8-13 puntos, depresión moderada de 14-18 puntos, depresión severa de 19-22 puntos y depresión muy severa más de 23 puntos (30).
- **Autoestima personal (variable cualitativa ordinal):** se empleará la escala de Rosenberg creada y adaptada al español por Rojas- Barahona, Zegers y Forster. La escala consta de 10 ítems, donde cinco de ellos servirán para evaluar los sentimientos positivos y cinco los negativos, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert: 4= muy de acuerdo; 3= de acuerdo; 2= en desacuerdo y 1= totalmente en desacuerdo. El intervalo de puntuación de esta escala va de 10-40 puntos, donde la clasificación ira según la puntuación obtenida siendo autoestima alta (satisfactoria) más de 30 puntos, autoestima media de 20-30 puntos y autoestima baja (insatisfactoria) menor de 20 puntos (31-33).
- **Afrontamiento de la enfermedad (variable cualitativa ordinal):** será evaluado con el cuestionario MAC creado por Whatson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson. Dicho instrumento evaluará la adaptación frente al diagnóstico de cáncer y sus tratamientos a nivel cognitivos y conductuales. Compuesto por 40 ítems con respuestas tipo Likert del 1- 4 puntos. Los dos primeros puntos equivalen a contestar “falso” y los dos últimos a “verdadero”. Los ítems se clasifican en subescalas de Espíritu de lucha (EL) siendo la puntuación máxima de 64 y la puntuación mínima 16, a mayor puntuación mayor espíritu de lucha, siendo el punto de corte en 47/48. Indefensión/desesperanza (ID) su puntuación máxima es de 24 y la puntuación mínima de 6. A mayor puntuación mayor indefensión y desesperanza, siendo el punto de corte en 11/12. La Preocupación Ansiosa (PA) consta de una puntuación máxima de 36

y puntuación mínima de 9. A mayor puntuación mayor preocupación ansiosa del paciente frente a la enfermedad, siendo el punto de corte en 26/27. Fatalismo/Aceptación Estoica (FAE) su máxima puntuación es 32 y la mínima de 8. A mayor puntuación indicaría presencia de fatalismo, siendo el punto de corte en 23/24. Evitación/Negación (EN) consiste en contestar el ítem número 38 con la opción 3 o 4, por tanto, indica presencia de “negación” (34,35).

- **Nivel de autocuidado al alta (variable cuantitativa discreta):** se evaluará con la escala de Estado Funcional de Karnofsky creada por Zubrod y Cols. Es la escala más usada por su sencillez y gran utilidad en la toma de decisiones sobre las terapias empleadas en pacientes con cáncer. Consta de 11 niveles de funcionamiento, que evalúan desde el funcionamiento normal hasta el fallecimiento. Se asociará una puntuación que va desde 0 hasta 100, considerando 100 el máximo nivel de autocuidados y 0 fallecido (36,37).

Las variables sociodemográficas y de salud

- **Edad** (variable cuantitativa discreta): se cuantifica el número de años hasta la fecha del estudio.
- **Sexo** (variable cualitativa dicotómica): hombre/mujer.
- **Situación laboral del paciente** (variable cualitativa nominal): activo, desempleado, por cuenta ajena y por cuenta propia.
- **Red de apoyo familiar** (variable cualitativa nominal): con hijos, sin hijos, vive solo y/o vive acompañado.
- **Nivel de estudios académicos** (variable cualitativa ordinal): sin estudios, graduado escolar, bachillerato, formación profesional y universitario.
- **Estado civil** (variable cualitativa nominal): soltero/a, casado/a, divorciado/a, separado/a y viudo/a.
- **Patologías previas** (variable cualitativa dicotómica): se facilitará al paciente un listado de patologías considerados factores de riesgo para el cáncer de laringe: hipertensión, úlcera péptica, reflujo gastroesofágico, leucoplasia, laringitis crónica, hiperqueratósica, cardiopatía isquémica, infecciones virales por el virus de Epstein-bar y el virus del Papiloma Humano (38,39).
- **Los hábitos tóxicos previos a la cirugía** (cualitativas dicotómicas y cuantitativa discreta): serán tomados en cuenta, por ello, se contestará si consume o no tabaco y/o alcohol. Posteriormente se facilitará un cuestionario para medir y evaluar el consumo del hábito tóxico seleccionado anteriormente. El alcohol consumido se medirá la cantidad y tipo de bebida alcohólica con la Unidad de Bebida Estándar (UBEs) valorada en 10 gramos de etanol puro. El consumo de tabaco se cuantificará mediante dos preguntas: ¿Cuántos años ha fumado usted? ¿Cuántos cigarrillos fumó usted por día durante su tiempo como fumador? Se realizará el “Índice paquetes/año” donde se obtendrá una estimación de la relación dosis/respuesta, de lo fumado y el riesgo de desarrollar alguna patología, siendo a mayor índice mayor riesgo (40,41).

Herramientas de recogida de datos

Dentro del proceso asistencial se establecerá un nuevo procedimiento de actuación multidisciplinar donde se incluirá la figura de la EPA. El equipo asistencial estará compuesto por: personal de enfermería de la unidad de hospitalización, EPA, otorrinolaringólogo, nutricionista, logopeda, fisioterapeuta, psicólogo y trabajador social (Tabla 1).

La intervención (que se describe en el siguiente apartado) estará realizada por diferentes profesionales. Esta se llevará a cabo tanto por vía telefónica en etapas iniciales del proceso asistencial como de forma presencial durante el ingreso hospitalario, como se puede apreciar en la tabla 2. Las variables principales (dolor, sangrado, infección y presencia de fístula faringocutánea) serán evaluadas en cada turno de trabajo por el personal de enfermería de la planta de hospitalización. Los datos obtenidos de la me-

dición de estas variables se compararán con indicadores clínicos de periodos previos al estudio. Estos indicadores serán recogidos de las historias clínicas de la unidad asistencial del Hospital Universitario la Paz, de los dos años previos al estudio (del 1 enero de 2019 al 31 de diciembre de 2020). Las variables secundarias se evaluarán pre y post intervención, además, se realizarán dos mediciones más durante el proceso asistencial; el primer día de ingreso en planta tras pasar por la unidad de recuperación postquirúrgica y al alta hospitalaria. La satisfacción con el proceso asistencial recibido se comparará con el indicador de calidad asistencial evaluado con el mismo cuestionario de años previos al estudio.

Intervención

Estará compuesta por 13 sesiones individuales (Tabla 2).

| Equipo asistencial del proyecto | |
|--|--|
| Personal de enfermería de la unidad | Compuesto por 11 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería, distribuidas en 3 turnos (mañana, tarde y noche). Todos ellos encargados de los cuidados de la traqueostomía (higiene, cuidados del estoma y de la cánula), manejo de las complicaciones que se puedan presentar (dolor, infección, fístula, sangrado, tapón mucoso, manejo de las secreciones), además, de proporcionar confort durante su estancia hospitalaria. |
| Enfermera de práctica avanzada | Acompañará al paciente con cáncer de laringe laringectomizado total durante todo el proceso asistencial en atención especializada. Coordinará los cuidados con los diferentes niveles asistenciales. Complementará al equipo asistencial siendo referente clínico frente a profesionales menos experimentados. Colaborará con otros profesionales con el objetivo de optimizar los resultados de los cuidados directos e indirectos. |
| Médico | Otorrinolaringólogo: especialistas en cirugía oncológica de cabeza y cuello. |
| Nutricionista | Realizará una valoración de las necesidades nutricionales pre y post cirugía. |
| Logopeda | Se encargará del manejo de la voz, deglución y olfato. Llevará a cabo los test de disfagia y técnicas deglutorias adecuadas en cada etapa del proceso asistencial. |
| Fisioterapeuta | Manejará los dolores musculares postcirugía (escapulares, cervicales y de las extremidades superiores), reeducación al esfuerzo y favorecerá la movilidad de la caja torácica y musculatura accesoria. |
| Psicólogo y/o psiquiatra | Se encargará del manejo del afrontamiento de la enfermedad, estabilidad emocional, ansiedad y depresión del paciente. |
| Trabajador social | Orientará al paciente si este lo requiere en lo que respecta a los trámites laborales (baja médica, incapacidad laboral, pensión, discapacidad y minusvalía). |

Tabla 1. Equipo asistencial del proyecto
(Fuente: elaboración propia).

| Sesiones del proyecto | |
|-----------------------|--|
| Sesión 1 | Se realizará por la EPA en la consulta externa del servicio de ORL y tendrá una duración de 90 minutos. Objetivos: primera toma de contacto con paciente/familia y disminución de la ansiedad ante el proceso quirúrgico. Se recogerá la situación basal relacionada con determinadas variables del estudio. El contenido de la sesión será impartido por la EPA, en el cual, estará incluido una presentación de los profesionales del estudio e información sobre las etapas del proceso asistencial. Se entregará el consentimiento informado, hoja informativa (Anexo 2), y una guía de información de la enfermedad llamada: “guía para el paciente laringectomizado total”. Se facilitará un teléfono de contacto para la resolución de dudas durante el proceso asistencial. Se recogerán mediante cuestionarios las variables secundarias (ansiedad, calidad de vida, calidad del sueño, afrontamiento de la enfermedad, depresión y autoestima personal), además, de las variables sociodemográficas y de salud mediante el cuaderno de recogida de datos. |
| Sesión 2 | Se realizará por vía telefónica por parte de la EPA dos días antes de la cirugía y tendrá una duración de 10 minutos. Objetivo: resolución de dudas. Se proporcionará información necesaria para el ingreso (hora de ingreso, ubicación de la planta de hospitalización, turno de la intervención quirúrgica, objetos de higiene y documentación necesaria). |
| Sesión 3 | Se proporcionará el primer día de ingreso hospitalario por parte de la EPA en la planta de hospitalización, con una duración de 10 a 30 minutos. Objetivos: aportar tranquilidad y seguridad al paciente/familia mediante la resolución de dudas el día previo a la cirugía. |
| Sesión 4 | Se realizará por parte de las enfermeras de la planta de hospitalización el primer día de ingreso tras pasar por la unidad de recuperación postquirúrgica y por la EPA, tendrá una duración de 60 minutos. Objetivos: identificar problemas o necesidades del paciente asociados a la cirugía, establecer pautas para una comunicación eficaz del paciente con su entorno y evaluar variables de estudio, por tanto, se proporcionará seguridad al paciente y/o familia. El contenido ira encaminado a valorar al ingreso el estado general del paciente y sus necesidades. Se recogerán las variables relacionadas con el dolor, sangrado, infección, fístula faringocutánea, ansiedad, calidad de vida, calidad del sueño, afrontamiento de la enfermedad, depresión y autoestima personal. Las variables principales serán recogidas a diario una vez por turno y se registrarán en la historia clínica del paciente durante su ingreso y las variables secundarias se recogerán en esta sesión. La EPA se encargará de enseñar al paciente/familia el código de comunicación que se utilizará durante el proceso asistencial; además, enseñará al paciente y familia la detección precoz de signos de alarma. Se darán pautas para realizar una valoración y unos cuidados óptimos con respecto al manejo del dolor, traqueostoma, secreciones, administración de medicación, cuidados de la sonda nasogástrica, drenajes y herida quirúrgica. Estos cuidados serán proporcionados tanto por el personal de enfermería de la planta de hospitalización como por la EPA de forma conjunta y coordinada. Tras esta sesión se realizará una reunión de equipo para marcar los objetivos a alcanzar (43). |
| Sesión 5 | Se realizará por parte del psicólogo/a al 5º día de ingreso en la planta de hospitalización y tendrá una duración de 30 minutos. Objetivo: ayudar al paciente a identificar los problemas que puedan afectar a su bienestar psicológico. Se motivará al paciente hacia la adopción de un estilo de afrontamiento de lucha. La sesión se realizará a través de la psicoterapia mediante una charla sobre “Mecanismos para afrontar el cáncer”, donde se enseñará técnicas para afrontar de forma positiva el tratamiento y mejorar la adherencia al mismo. Se explicarán las técnicas de relajación y control del pensamiento negativo para romper con los mitos, tabúes y creencias erróneas sobre la enfermedad. Se explicarán las diferentes fases por las que pasa el paciente durante el proceso: negación, ira, aceptación y superación (44). |
| Sesión 6 | Será realizada por la logopeda al 7º día de ingreso en la planta de hospitalización con una duración de 45 minutos. Objetivos: mejorar la comunicación, la recuperación y manejo de la deglución, además, de ayudar a recuperar la capacidad olfatoria. Se realizará un taller individual “Charlamos sin laringe” dirigido a familiares y pacientes donde se explicará los tipos de voz existentes, manejo de la disfagia, rehabilitación olfatoria y las etapas del “duelo”. Se darán pautas para evitar “hablar como antes” ya que esa actuación favorece la tos. La logopeda realizará varias visitas durante el postoperatorio para reforzar la información y técnicas anteriormente descritas. |
| Sesión 7 | La realizará un nutricionista y la EPA al 8º día de ingreso en la planta de hospitalización con una duración de 45 minutos. Objetivos: mantener un buen estado nutricional mediante el autocuidado, potenciar la implicación del paciente y familia a través de la valoración nutricional de los nutrientes necesarios adaptados a las necesidades metabólicas. La EPA realizará educación sanitaria sobre la importancia de la ingesta hídrica, la posición elevada del cabecero en la cama del paciente y de una buena higiene bucal. Educará al paciente y/o familiares sobre el manejo de la nutrición enteral mediante sonda nasogástrica, además, dará pautas sobre como introducir los alimentos por vía oral de forma programada y progresiva entre el 10º y el 15º día tras la intervención quirúrgica. El personal de enfermería será el encargado de vigilar la correcta ingesta en los tres turnos. Logopeda y EPA serán los encargados de valorar dicha evolución. |

| Sesiones del proyecto | |
|-----------------------|---|
| Sesión 8 | Tendrá lugar al 9º día de ingreso en planta de hospitalización por el fisioterapeuta, la duración será de 60 minutos. Objetivos: irán encaminados a recuperar las deficiencias músculo-esqueléticas y reevaluar la situación del paciente. Además, se realizará drenaje linfático de cuello-cara y ejercicios para prevenir problemas posturales. Se darán pautas para incrementar el grado de fuerza/movilidad del cuello y hombro hasta grados normales, o hasta la máxima funcionalidad posible. Se abordará a través de la rehabilitación la función respiratoria y las dificultades del manejo de las secreciones bronquiales. Se realizarán varias visitas durante el postoperatorio según las necesidades de cada paciente. La EPA estimulará la deambulacion para evitar estreñimiento, úlceras por presión y favorecerá la circulación sanguínea. Realizará una reunión de seguimiento para evaluar la evolución del paciente. |
| Sesión 9 | Se realizará una visita a la planta de hospitalización de pacientes laringectomizados de la asociación ARMAREL al 10º día de ingreso. La duración de la sesión será de 60 minutos. Objetivos: estimular y motivar al paciente hacia su rehabilitación, proporcionar información, orientar al paciente en el postoperatorio, acompañar al paciente y familia en el proceso de recuperación y reeducación del habla. La EPA realizará un taller individual dirigido a familiares y pacientes sobre "Autocuidados para laringectomizados" donde se abordarán los cuidados del estoma, la cánula, técnica de humidificación de las secreciones y se responderán preguntas. |
| Sesión 10 | Tendrá lugar al 12º día de ingreso en la planta de hospitalización a través del psicólogo y/o psiquiatra durante 60 minutos. Objetivo: proporcionar una sensación de seguridad y tranquilidad al paciente, a través de un taller sobre "Importancia de la implicación familiar y la autopercepción tras ser laringectomizado". La EPA realizará un taller sobre la "Sexualidad tras la laringectomía total", donde se explicará los tipos de interferencias que existe durante las relaciones sexuales y se facilitarán teléfonos de contacto de asociaciones y páginas web sobre material de higiene. |
| Sesión 11 | La EPA acudirá el día del alta hospitalaria a la planta de hospitalización, la sesión tendrá una duración de 60 minutos. Objetivo: proporcionar una continuidad asistencial entre atención especializada y primaria. Se facilitará material e información al paciente/familia y se valorará los autocuidados alcanzados durante la hospitalización. La EPA proporcionará información y material necesario para mantener unos adecuados autocuidados y facilitar, por tanto, la incorporación a la vida diaria tras el alta. Dicha figura será la encargada de gestionar citas de revisión médica y de enfermería. Realizará asesoramiento sobre posibles complicaciones al alta (peligro de ahogamiento, pautas adecuadas para ducharse, sonarse la nariz, actividad física y recomendaciones sobre la alimentación). La comunicación con atención primaria se llevará a cabo tras el alta. En esta sesión se medirá las siguientes variables del estudio: días de estancia hospitalaria, nivel de autocuidados al alta, satisfacción con el proceso asistencial recibido, ansiedad, calidad de vida, calidad de sueño, afrontamiento de la enfermedad, depresión y autoestima personal. |
| Sesión 12 | Tendrá lugar en la consulta de enfermería al 7º día tras el alta hospitalaria por parte de la EPA con una duración de 30 minutos. Objetivos: garantizar unos adecuados autocuidados y reforzar conductas favorables por parte del paciente/familia. Se realizará una entrevista al paciente y su familia donde se evaluará los autocuidados con respecto al estoma, cánula y medidas higiénico-dietéticas llevadas a cabo según las pautas facilitadas por la EPA al alta. |
| Sesión 13 | Se realizará por parte de la EPA a los tres meses del alta en la consulta de enfermería, tendrá una duración de 60 minutos. Objetivo: valorar resultados del estudio. Para ello, se entregarán los cuestionarios para llevar a cabo la evaluación de las variables secundarias del estudio: ansiedad, calidad de vida, calidad de sueño, afrontamiento de la enfermedad, depresión y autoestima personal. |

Tabla 2. Sesiones del proyecto
(Fuente: elaboración propia).

Análisis de datos

Se utilizará el programa de Microsoft Access (Microsoft Office 2003) para crear las bases de datos; el análisis se realizará a través del paquete informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 15.0 para Windows. El análisis estadístico descriptivo se realizará de forma detallada para cada variable, donde las variables cuantitativas serán descritas mediante la media y la desviación estándar y las variables cualitativas con porcentajes. Se utilizará los test paramétricos de Chi-cuadrado si la naturaleza de las variables es cualitativa, y si se compara una variable cualitativa dicotómica con una cuantitativa se utilizará el test

de T de Student, o si fuera necesario y la variable fuera cualitativa con más de dos categorías se aplicaría el test de ANOVA. Las variables principales del proceso asistencial se analizarán comparándolas con los indicadores de años anteriores, recogidos en las historias clínicas de manera estandarizada y analizados anualmente para evaluar la calidad asistencial. Para todo el análisis se va a trabajar con un intervalo de confianza del 95%. El tiempo del estudio será desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2023. La duración total de la investigación será de 36 meses repartidos en cuatro etapas (*Anexo 3*).

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

Conocer a través de la intervención de este estudio la importancia que tiene la figura de la EPA dentro del equipo asistencial proporcionará nuevo conocimiento sobre los beneficios de dicho rol con respecto a la práctica clínica actual. Proporcionar una atención a través de un equipo multidisciplinar cohesionado y liderado por un profesional de enfermería experto en el cuidado del pacientes oncológicos complejos, aportará nuevas perspectivas en el abordaje de la calidad de vida, ansiedad y satisfacción con respecto al proceso asistencial de los pacientes con cáncer de laringe laringectomizado. La realización de este estudio permitirá evaluar si el cambio en el tipo de gestión hospitalaria modifica los resultados de las variables principales con respecto a los años 2019 y 2020 en el Hospital Universitario la Paz. Los resultados obtenidos se notificarán a la dirección del centro para emprender medidas de implantación de dicha figura dentro del equipo asistencial. Así mismo, los instrumentos seleccionados para medir las variables cumplen con los criterios de validez y fiabilidad necesarios para poder llevar a cabo una correcta evaluación de las mismas. Por último, este proyecto conseguirá relevancia científica mediante la publicación en revistas científicas de los resultados obtenidos y divulgación en foros científicos.

AGRADECIMIENTOS

Este camino recorrido durante cuatro años ha sido posible gracias al apoyo, cariño, comprensión y acompañamiento de las personas más importantes de mi vida; Jesús, mi marido; Daniela, mi hija y Cristina, mi hermana.

Gracias por haber creído en mí.

DATOS AUTORES

(1) Grado en Enfermería. Hospital Universitario La Paz (Madrid, España); (2) Profesora y coordinadora de Trabajo Fin de Grado, Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija (Madrid, España).

Recibido: 25/01/2023. Aceptado: 29/05/2023.

Versión definitiva: 15/06/2023

BIBLIOGRAFÍA

- Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias J, Fernández-García D. Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2018; 92:1-20.
- Carper E, Hass M. Advanced practice nursing in radiation oncology. *Semin Oncol Nurs.* 2006;22(4):203-211.
- Cohen A, Nirenberg A. Current practice in advance care planning: implications for oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs.* 2011;15(5):547-553.
- Lapeña Moñux Y, Palmar Santos A, Martínez González O, Maciá-Soler L, Orts-Cortés M, Pedraz Marcos A. La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. *Revista Rol de Enfermería.* 2017;40(2):130-136.
- Plan integral de oncología de Andalucía. (s.f.). Enfermera de práctica avanzada en procesos oncológicos complejos (EPA-POC). Picuida. Consejería de salud, Servicio Andaluz de Salud. 3-24.
- Reñones MC, Fernández D, Vena C, Zamudio A. Estrategias para mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del proyecto SHARE (sesiones interhospitalarias de análisis y revisión en enfermería). *Enfermclin.* 2016;26(5):312-320.
- Morales JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas Enferm.* 2012;15(6):26-32.
- Muñoz MJ, Bernal P. Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticado de cáncer. *Psicooncología.* 2016;13(2-3):227-248.
- Sánchez-Martín CI. (Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin,* 2014). 24(1), 79-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
- Zubiri E, Pollán M. Laringectomizados y sistemas de adaptación posquirúrgica. *Rev logop fon audiol.* 2008;28(3):178-186.
- Míreles L. Caracterización de pacientes con carcinoma epidermoide laríngeo. *Revista cubana de otorrinolaringología.* 2019;20(3):1-14.
- Cooper RA. Comprender la infección de las heridas. Documento de posicionamiento. 2005;3: 2-5.
- Cutting KF, White RJ, Mahoney P, Harding, KG. Identificación de los criterios clínicos de la infección de las heridas: el enfoque Delphi. Documento de posicionamiento. 2005;4:6-9.
- Moffat CJ, Soldevilla JJ. Identificación de los criterios de infección en heridas. Documento de posicionamiento. 2005; 4:1.
- Palomar-Asenjo V, Sarroca E, Tobías S, Pérez I, Palomar-García V. Fístula faringocutánea tras laringectomía total. Estudio de casos y controles de los factores de riesgo implicados en su aparición. *Act otorrinolaringolo Esp.* 2008;59(10):480-484.
- Sarra L, Rodríguez JC, García M, Bitar J, Da Silva A. Fístula tras laringectomía total. Estudio retrospectivo y revisión bibliográfica. *Acta Otorrinolaringolo Esp.* 2008;60(3):186-189.
- Carbonell F, Carreño O, Campos J, Trallero M, García A, Caballero M, Bueno J, Estevan, R. Utilidad del azul de metileno en la cirugía de la pared abdominal: 25 años de experiencia. *Rev Hispanoam Hernia.* 2018;6(3):125-129.
- Moffat CJ, Soldevilla JJ. Identificación de los criterios de infección en heridas. Documento de posicionamiento. 2005; 4:1.

19. Gavilanes MC, Parra WV. Estimación visual de sangrado de compresas quirúrgicas y su relación con la aplicación de medidas compensatorias por anestesiólogos y cirujanos de los hospitales Pablo Arturo Suarez y Hospital General al Docente de Calderón. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Especialización en anestesiología, reanimación y terapia de dolor. 2019.
20. Cid J, Acuña JP, De Andrés J, Díaz L, Gómez-Caro L. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2014;25(4):687-697.
21. Serrano MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor. *Rev Soc Esp Dolor.* 2002;9: 94-108.
22. Martín M, Pérez R, Riquelme A. Valor diagnóstico de la escala de Ansiedad y depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Uni. Psychol.* 2016;15(1): 17715-19229.
23. Arrarás JJ, Arias F, Illarramendi JJ, Manterola A, Salgado E, Domínguez MA, Vera R. Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de oncología del Hospital de Navarra. Grupo de calidad de vida de la EORTC. *An Sist Navar.* 2011;34(1):1-12.
24. Ferriols R, Ferriols F, Alós M, Magraner J. Calidad de vida oncológica clínica. *Farm Hosp.* 1995;19(6):315-322.
25. Irrazábal ME, Rodríguez P, Fasce G, Silva F, Waintrub H, Torres C, Barriga C, Fritis M, Marín L. Calidad de vida em cáncer de mama: validación del cuestionario BR 23 en Chile. *Rev Med Chile.* 2013; 141:723-734.
26. Dirección general de humanización y atención al paciente. Encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la comunidad de Madrid, Informe metodológico. Conserjería de sanidad. Comunidad de Madrid. 2019. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50137>
27. Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S. Desarrollo de un instrumento de medida de los hábitos de sueño. Un estudio con jóvenes universitarios carentes de patologías. *Rev Iberoam Diagn Ev.* 2013;2(36):29-48.
28. García-Portilla MP, Sáiz PA, Díaz-Mesa EM, Fonseca E, Arrojo M, Sierra P, Sarramea F, Sánchez E, Goikolea JM, Balanzá V, Benabarre A, Bobes, J. Rendimiento psicométricos del Cuestionario Oviedo d sueño en pacientes con trastorno mental grave. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2009;2(4):169-177.
29. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Conserjería de salud. Junta de Andalucía. 2004.
30. Purriños MJ. Escala de Hamilton- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Servicio de epidemiología, servicio Galego de Saúde. 2016.
31. Carvalho MA, Alves D, Souza F. Evaluación de la autoestima en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterápico. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(6):1-8.
32. León CA, García M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. *Ciencias psicológicas.* 2016;10(2):119-127.
33. Rojas-Barahona C, Zegers B, Forster, C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Méd Chile.* 2009;1(37):791-800.
34. Jorques MJ. Tesis doctoral: Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama. Programa de doctorado: D295-02 programa oficial de postgrado. Evaluación e intervenciones psicológicas. Valencia. 2015.
35. Román JP, Krikorian A, Palacios C. Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini-Mac en población colombiana. *Avances en psicología latinoamericana.* 2015;33(3):531-544.
36. Cadena MO, López JH, Solier J, Santacruz JG, Becerra H. Importancia de la valoración geriátrica integral en el manejo de pacientes con cáncer. *Méd. Vis.* 2012;25(2):121-128.
37. Pérez-Cruz P, Acevedo F. Escala de estado funcional (o performance status) en cáncer. *Gastroenterol. Latinoam.* 2014;25(3):219-226.
38. Almaguer-Gómez N, Mendoza-Cruz OL, Argote-Vinals CA, Sánchez-Redondo JC. Factores de riesgo asociados al cáncer de laringe en pacientes de la provincia Las Tunas. *Revista electrónica DR. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2019;44(2).
39. Hernández O, Castillo E, Rodríguez I, Albert JA, Fernández R. Factores de riesgo del cáncer laríngeo. *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río.* 2014;18(6):983-996.
40. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco Versión Breve. Ministerio de Salud. Argentina; 2014.
41. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Campaña 2007 Alcohol y menores. El alcohol te destroza por partida doble. 2007.
42. Fundación contra el cáncer. Carcinoma de células escamosas de la cabeza y cuello. Guía para los pacientes. ESMO. 2015. Disponible en: <https://www.esmo.org/content/download/74342/1359984/1/ESMO-ACF-Cancer-de-Cabeza-y-Cuello-Guia-para-pacientes.pdf>
43. Jiménez JA, Buller E, Luzuriaga C. La comunicación como base en la seguridad del paciente. *Rev Clín Med Fam.* 2016;9(1):50-53.
44. Pedrero L. Taller: “Mis emociones y el cáncer”. *Psicología del cáncer.* 2021.

ANEXOS

Anexo 1. Hoja informativa del proyecto de investigación

HOJA INFORMATIVA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estimado paciente:

Nos dirigimos a usted para pedir su participación en el estudio de investigación sobre “el impacto de la enfermera de práctica avanzada en el proceso asistencial del paciente laringectomizado”. Esto nos abrirá un campo orientado a ampliar conocimientos sobre el tema estudiado y, por tanto, poder ayudar a los pacientes y sus familiares durante el proceso asistencial.

Si accede a formar parte desde la primera consulta, la enfermera de práctica avanzada será quien le acompañe en todo el proceso asistencial, asimismo, se le informa que como se indica en el consentimiento informado, puede revocar su participación en el estudio sin ningún tipo de perjuicio para usted de ninguna índole.

También se facilitará un teléfono de contacto de la enfermera de práctica avanzada para cualquier duda durante el tiempo que dure el estudio.

Reciba un cordial saludo.

Investigadora

Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLABORACIÓN EN EL PROYECTO

Este documento tiene como objetivo garantizar su acuerdo con su participación en el proyecto “Impacto de la enfermera de práctica avanzada en el proceso asistencial del paciente laringectomizado”.

Su participación será siempre totalmente voluntaria, confidencial y protegiendo sus datos personales y demás datos aportados acorde con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales.

Con su firma, confirmará que acepta participar en este proyecto.

Yo....., con DNI....., declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado y he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y que el investigador/a que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Que entiendo que mi participación es voluntaria, y que el hecho de que no quiera participar en este estudio no tiene ninguna repercusión en mi asistencia sanitaria, ni en ningún otro ámbito.

Que, si decido participar podré cambiar de opinión en cualquier momento y retirarme del estudio en cuanto desee, sin necesidad de dar ninguna explicación, y por tanto puedo revocar mi consentimiento que ahora presto.

Fecha:

Fdo.

E-mail:

Anexo 3. Cronograma

| | Actividades | 01/01/2021 al 31/01/ 2021 | 01/02/2021 al 01/02/2023 | 02/02/2023 Al 31/12/2023 |
|----------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Primera etapa | Reunión: equipo investigador, dirección de enfermería y comité ético. | | | |
| | Reunión: equipo médico especialistas en otorrinolaringología. | | | |
| | Reunión: personal de enfermería de la planta de hospitalización de otorrinolaringología. | | | |
| | Captación de sujetos de estudio. | | | |
| | Consentimiento informado. | | | |
| | Diseño y preparación de las intervenciones. | | | |
| Segunda etapa | Desarrollo de las intervenciones. | | | |
| Tercera etapa | Análisis de datos. | | | |
| | Elaboración de resultado. | | | |
| | Analizar los motivos de los sujetos que han abandonado el estudio. | | | |
| | Elaborar discusión. | | | |
| | Redactar las conclusiones de la investigación. | | | |
| Cuarta etapa | Divulgación de resultados. | | | |