

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA A TRAVÉS DEL TELÉFONO  
AL PACIENTE CON CÁNCER. REVISIÓN DOCUMENTAL**

**MARTA JANNETH GALÁN SANTAMARÍA  
CECILIA TARAZONA**

**ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
BOGOTÁ D.C.**

**2007**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA A TRAVÉS DEL  
TELÉFONO, AL PACIENTE CON CÁNCER. REVISIÓN DOCUMENTAL**

**MARTA JANNETH GALAN SANTAMARIA  
CECILIA TARAZONA**

**TRABAJO DE GRADO**

**ASESORA METODOLÓGICA  
BELKIS ALEJO**

Enfermera, Magíster en Investigación y Docencia Universitaria.

**ASESORA TEMÁTICA  
MARTHA CECILIA LÓPEZ**

Licenciada en Enfermería. Magíster en Dirección Universitaria

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
BOGOTÁ D.C.**

**2007**

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. JUSTIFICACIÓN .....	4
3. PROBLEMA .....	10
4. OBJETIVOS .....	11
4.1. OBJETIVO GENERAL .....	11
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	11
5. PROPÓSITOS.....	12
6. MARCO TEÓRICO.....	13
6.1 DESARROLLO DE LA PRÁCTICA DEL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO ....	13
6.2 PACIENTE ONCOLÓGICO .....	25
6.3 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA EN TODOS LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN. ....	32
6.4 AUTOCUIDADO.....	35
6.5 TELEENFERMERÍA:.....	38
7. DESARROLLO METODOLÓGICO .....	41
7.1 BÚSQUEDA.....	41
7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.....	41
Tabla # 1. ENFOQUE DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS PARA LA INVESTIGACIÓN.....	42
7.3 ANÁLISIS DE ARTÍCULOS .....	44
8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	45

8.1 Características de los pacientes con cáncer a los que se orienta la intervención telefónica de la enfermera oncóloga. ....	45
8.2 NECESIDADES DE LOS PACIENTES CON CÁNCER A LOS QUE SE ORIENTA LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE ENFERMERA ONCÓLOGA	62
8.3 VENTAJAS, DESVENTAJAS Y REQUISITOS DE LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE LA ENFERMERA ONCÓLOGA AL PACIENTE CON CÁNCER.....	69
9. CONCLUSIONES.....	78
10. BIBLIOGRAFÍA .....	81
A N E X O DE.....	84
FICHAS DESCRIPTIVO ANALÍTICAS .....	84

## LISTA DE TABLAS

- Tabla N° 1. Enfoques de los estudios seleccionados para la investigación
- Tabla N° 2. Particularidades de los artículos seleccionados
- Tabla N° 3. Características definitorias de los pacientes con cáncer intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga.
- Tabla N° 4. Características sociales de los pacientes con cáncer intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga
- Tabla N° 5. Características emocionales de los paciente con cáncer intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga
- Tabla N° 6. Necesidades de los pacientes con cáncer intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga.
- Tabla N° 7. Ventajas, desventajas y requisitos de la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer

## 1. INTRODUCCIÓN

Se realizó una investigación de tipo documental sobre intervención telefónica al paciente con cáncer, con la expectativa de averiguar la aplicación del seguimiento telefónico al paciente oncológico. “Si bien la mayor expansión se ha dado hasta ahora en los países occidentales, los países en desarrollo también se benefician de las tecnologías de tratamiento a distancia”<sup>1</sup>. Por tanto los objetivos del estudio, se enfocaron a caracterizar la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer, identificar las características y necesidades del paciente con cáncer al que se orientó la intervención telefónica de la enfermera oncóloga y reconocer las ventajas, desventajas y los requisitos de la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer.

Teniendo en cuenta la pauta de búsqueda para alcanzar la respuesta al problema formulado se hizo una revisión sistemática bibliográfica. Los estudios seleccionados fueron del año 1.999 al 2007 cuyo tema central fue intervención telefónica al paciente con cáncer.

Identificados y seleccionados los artículos con base en los criterios de búsqueda y nivel de interpretación, se realizaron fichas descriptivas analíticas, con el fin de dar respuesta a los objetivos establecidos para el estudio de revisión documental y de esta forma llegar a las conclusiones sobre el uso de la intervención telefónica al paciente con cáncer por parte del personal de enfermería oncológica. Esta revisión bibliográfica pretende

---

<sup>1</sup> [http://www.icn.ch/matters\\_telenursingsp.htm](http://www.icn.ch/matters_telenursingsp.htm)

constituir un punto de referencia actualizada y confiable de la práctica de éste tipo de intervención que ofrece enfermería oncológica.

La poca información específica del seguimiento telefónico encontrada permite mostrar que en países como España, el inicio se da a través de la consulta médica telefónica para atender las dudas de los pacientes, una prestación que ahora se amplía con la consulta telefónica de Enfermería que, siguiendo el protocolo médico, permite el control y seguimiento de los pacientes<sup>2</sup>.

“Esta consulta telefónica, atendida por personal de Enfermería bajo la coordinación médica de la unidad, se puso en marcha hace medio año y en sus primeros meses ya ha permitido disminuir el número de revisiones médicas sucesivas y el de llamadas telefónicas de los pacientes para consultar dudas y aumentar el confort de los enfermos que, en muchas ocasiones, no necesitan desplazarse desde sus localidades de origen”<sup>3</sup>.

En Colombia, el seguimiento telefónico al paciente con cáncer es poco representativo en el ámbito ambulatorio y de atención domiciliaria; la necesidad de conocer las características, necesidades del paciente con cáncer a las que se orientó la intervención telefónica e igualmente determinar cuáles ventajas, desventajas y/o requisitos se identifican para este tipo de intervención, permitió el desarrollo de la investigación, teniendo como referencia los estudios publicados en la última década.

Cabe destacar la intención de que la investigación igualmente aporte información, para el establecimiento de lineamientos, de alternativas de

---

<sup>2</sup> <http://www.andaluciainvestiga.com/default.asp> 2006

atención al paciente con cáncer que conlleven a mejorar la calidad de vida de esta población al minimizar complicaciones, favorecer la adherencia a los tratamientos, la resolución de problemas y dudas y la disminución de la afluencia a los servicios de salud, siempre con una intervención holística como esencia de la práctica de enfermería desde cualquier ámbito de atención.



## 2. JUSTIFICACIÓN

El uso del teléfono tanto para la enfermera oncóloga como para los pacientes, reviste gran importancia debido a que contribuye a calmar sentimientos de angustia, ansiedad y evita desplazamientos innecesarios de los pacientes, permite aclarar dudas de sus cuidadores, ayuda a solucionar situaciones que se pueden presentar en el hogar y se garantiza exponer menos al paciente a sufrir empeoramiento de su cuadro clínico de base.

“Atender mejor” a los pacientes y facilitar el cumplimiento de la medicación, las recomendaciones, reducir el número de visitas de estos pacientes a los servicios de urgencias y hospitalarios más “ordenar la demanda y aumentar la calidad” porque, así, el personal de salud dispondrá de más tiempo para atender al resto de pacientes son otros aspectos importantes del seguimiento telefónico<sup>4</sup>.

El seguimiento es una acción que, debe trascender a todos los aspectos del cuidado del paciente con cáncer. Teniendo en cuenta que el cáncer y su tratamiento tienen efectos diferentes para cada uno de los componentes del binomio paciente - cuidador, se considera necesario e importante una acción continua de intervención donde el seguimiento telefónico tendría un amplio campo de acción como facilitador en el cumplimiento de estos objetivos.

Es así como Kathy Redmon, enfermera y directora de la revista “Cáncer World” ha abogado en Barcelona al celebrarse el 14<sup>o</sup> congreso de la Organización Europea del Cáncer (ECCO) por “una mayor formación y

---

<sup>4</sup> CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. Diario enfermero; Octubre 2006

educación de los profesionales sanitarios para que puedan detectar si los pacientes mayores están cumpliendo o no su tratamiento. "Con el fenómeno de la inmigración no es extraño que las personas mayores vivan solas, a menudo sin ningún apoyo social que supervise su tratamiento".

Una de las posibilidades que podría ayudar a eliminar estas "lagunas de comunicación" es el seguimiento a distancia, posiblemente **a través del teléfono**, o bien el uso de la robótica y otras ayudas a domicilio".

"En el 2020 la mayoría de los enfermos con cáncer serán personas mayores, algunas con muy buena salud y otras extremadamente frágiles. Los responsables políticos tienen que planificar e investigar hoy para garantizar la existencia de unas infraestructuras adecuadas para atender a estas personas en el futuro", concluye Redmon.<sup>5</sup>

Además "esta enfermera asegura que otro de los problemas a los que se enfrenta la comunidad médica es que estas personas no sólo están aquejadas de cáncer, sino que suelen tener otra serie de problemas asociados a su edad, pero cuyas interacciones no se han estudiado adecuadamente. "No se ha invertido suficiente en aprender cómo interactúan los tratamientos oncológicos con otras pastillas que toman frecuentemente las personas mayores, por ejemplo para el corazón"<sup>6</sup>, critica.

---

<sup>5</sup> [http://www.intramed.net/actualidad/not\\_1.asp?idNoticia=49176](http://www.intramed.net/actualidad/not_1.asp?idNoticia=49176)

<sup>6</sup> Ibid

"Cuanto más pastillas tienes que tomar más fácil es que te confundas", "y si no se toman adecuadamente los tratamientos, estos no funcionan al cien por cien". Según las cifras más recientes en este terreno publicadas en EEUU, el 50% de la población ("de cualquier edad, no sólo los ancianos") no toma bien su medicación; "y a medida que las terapias oncológicas se administran cada vez más por vía oral, en forma de pastilla, esta situación empeorará"<sup>7</sup>.

Es así con una vez reconocida la situación de cada uno de los pacientes oncológicos con características y necesidades específicas, la intervención telefónica permite el desarrollo y aplicación de alternativas precisas e individuales que contribuyan a mejorar la calidad del servicio de enfermería y satisfacción tanto del paciente como de la familia y del personal de salud que ofrece el servicio, con la garantía de intervenir los requerimientos reales del paciente.

El desarrollo de esta investigación sobre la "Intervención de enfermería oncológica a través del teléfono, al paciente con cáncer" permitirá determinar actividades de seguimiento, que en la actualidad se desarrolla en baja proporción al número de pacientes atendidos directamente y que en el trabajo cotidiano se percibe la necesidad sentida de éste tipo de acción; además actualmente ante el requisito del Ministerio de Protección Social a las instituciones de salud para la acreditación, basada en la garantía de calidad, mejoramiento y excelencia de los servicios de salud en Colombia, el seguimiento telefónico constituirá una herramienta en el alcance de estas metas.

---

<sup>7</sup> Ibid

Siendo enfermería el pilar del cuidado del paciente oncológico, es un verdadero reto el desarrollo de alternativas en la atención del paciente, que faciliten la identificación temprana de riesgos a los que se expone el paciente en todos los ámbitos y permitan implementar intervenciones destinadas a prevenir o minimizar, e identificar tempranamente el desarrollo de complicaciones, y explorando la disponibilidad de recursos en Colombia, se puede pensar en el uso del teléfono en la realización de una intervención oportuna y objetiva por parte del personal de enfermería, ya que la mayoría de pacientes cuentan con la ventaja de tener acceso a una línea telefónica, según informe del ministerio de comunicaciones “entre agosto de 2002 y junio de 2005 se pasó de un cubrimiento en el servicio telefónico del 67 al 83% de las 22.000 localidades del país”<sup>8</sup>, lo que hace posible establecer y crear la forma de explorar alternativas aprovechando los medios disponibles.

Mediante una revisión documental de publicaciones científicas relacionadas con el “seguimiento telefónico de enfermería oncológica al paciente con cáncer”, se propone explicar la participación efectiva de enfermería en cada una de las fases del proceso de enfermedad, como una alternativa en la atención al paciente oncológico con riesgo de desarrollar complicaciones asociadas al cuadro clínico de base y efectos secundarios de los tratamientos; posibilitando la participación activa en el proceso de interacción paciente, entorno familiar y equipo de salud en la búsqueda de beneficios adicionales con perspectiva para el mejoramiento en calidad de vida.

---

<sup>8</sup> <http://www.lib.utexas.edu/benson/lagovdocs/colombia/federal/comunicaciones/Inf-gestion-telecomunica-2004-2005.pdf>

Actualmente el manejo del paciente oncológico desde el punto de vista de enfermería es realizado con mayor frecuencia en el ámbito hospitalario, debido a la complejidad de los múltiples tratamientos antineoplásicos, sus efectos locales y sistémicos, los cuales requieren no solamente personal especializado sino también equipo de alta tecnología.

Sumado el elevado volumen de pacientes con cáncer objeto de atención por parte de equipo interdisciplinario y la complejidad del sistema de salud, no es factible exclusivamente la atención intra institucional y es necesario establecer alternativas de intervención ya que tan pronto el paciente es dado de alta, no se provee otras opciones de seguimiento, lo que conlleva por lo general a complicaciones que requieren reingresos a las instituciones de salud, no cumplimiento de regímenes terapéuticos establecidos, inasistencia a controles programados y abandono de tratamientos. El siguiente aparte hace referencia a problemas que tienen los pacientes en general que egresan de las instituciones de salud y la factibilidad del seguimiento telefónico en la solución a éstos.

“Muchos pacientes que regresan a su domicilio después del alta hospitalaria afrontan diversos problemas en las primeras semanas. El seguimiento telefónico iniciado por profesionales de la salud en el ámbito hospitalario se considera una forma adecuada de intercambio de información, proporción de asesoramiento y educación sanitaria, manejo de los síntomas, reconocimiento de las complicaciones de forma temprana y proporción de apoyo para los pacientes después del alta. Algunas investigaciones mostraron que el seguimiento telefónico es factible y que los pacientes aprecian estas llamadas”<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab004510.html>

La importancia que tiene la información y la comunicación en la acción diaria de enfermería requiere el uso y aprovechamiento de la tecnología de las telecomunicaciones para mejorar la atención a los pacientes y dar garantía de mayor cobertura de servicios de salud (promoción de la salud, prevención de complicaciones por efectos secundarios de tratamientos, aplicación proceso de atención de enfermería, seguimiento de tratamientos, facilitación de la estancia domiciliaria impulsando la participación activa del individuo y la familia en el auto cuidado).

Las autoras de la investigación han considerado relevante, la intervención telefónica al paciente con cáncer, con el fin de responder satisfactoriamente inquietudes sobre el tema, proporcionar información útil a la práctica de la especialidad, ya que como miembros del equipo interdisciplinario de salud, se tienen exigencias por parte del individuo enfermo y el entorno familiar, que deben ser satisfechas de manera integral, respondiendo siempre a las normas de la profesión y a las establecidas por la institución que ofrece los servicios de salud.

Este estudio aporta al desarrollo de la línea de investigación sobre cuidado y práctica de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana.

### **3. PROBLEMA**

En la actualidad por lo general, al paciente oncológico se le realiza seguimiento clínico de forma tradicional, como una rutina, principalmente mediante el monitoreo de síntomas con asistencia de los pacientes a las instituciones de salud, a menudo con varios meses entre una y otra cita médica, lo que implica que en muchas ocasiones se llegue a la presentación de complicaciones asociadas a los tratamientos o a la enfermedad de base, sin lograr una identificación oportuna.

A los pacientes con cáncer en el servicio de hospitalización, las enfermeras ofrecen una supervisión continua, con contacto permanente que permite el seguimiento individualizado; garantizando así la oportunidad de la atención durante el tratamiento; igualmente para el cuidado del paciente ambulatorio se debe buscar alternativas que faciliten esta tarea por parte del personal de enfermería.

Por tanto se considera necesario proyectar una manera eficaz y económica de ofrecer intervenciones de seguimiento, mediante el desarrollo de guía por enfermeras de intervención telefónica, para la solución de dudas, refuerzo de información y detección temprana de complicaciones, verificación de cumplimiento de tratamientos y controles programados.

Las anteriores inquietudes han llevado a las autoras al planteamiento de la siguiente pregunta para el desarrollo de este estudio:

¿Qué intervención telefónica ofrece la enfermera oncóloga a los pacientes con cáncer?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar la intervención telefónica, de la enfermera oncóloga, al paciente con cáncer.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las características de los pacientes con cáncer intervenidos telefónica por la enfermera oncóloga.
- Identificar las necesidades de los pacientes con cáncer, a los que se orientó la intervención telefónica de la enfermera oncóloga.
- Reconocer las ventajas, desventajas y los requisitos de la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer.



## 5. PROPÓSITOS

- Crear las condiciones favorables para que enfermería oncológica identifique y apropie la tecnología de información y comunicación al servicio del paciente con cáncer.
- Promover el desarrollo de la capacidad individual y de las instituciones de salud en la adopción de nuevas herramientas “seguimiento telefónico” en el cumplimiento de los objetivos misionales con una visión actualizada con el fin de garantizar calidad en la prestación de servicios de salud.
- Motivar a las enfermeras oncólogas a canalizar las posibilidades que ofrece la tecnología para el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones de salud, en la innovación de alternativas en la atención del paciente con cáncer.

## **6. MARCO TEÓRICO**

En esta revisión documental se abordó el desarrollo de la práctica del seguimiento telefónico en la perspectiva internacional y nacional a través de la exploración de estudios que si no hacen referencia específica al paciente oncológico muestran la aplicación de éste y como el uso del teléfono y la consulta telefónica tienen aplicación como forma de brindar atención a los pacientes en diferentes ámbitos, esto en el caso de España y Chile en la atención primaria; observándose además que el desarrollo de esta práctica presenta aspectos muy similares como son los objetivos de la intervención, ventajas y desventajas reconocidos en los diferentes campos y sitios de aplicación. De igual forma siendo el paciente oncológico el objeto de estudio para la aplicación de la intervención telefónica se hizo una revisión general de la experiencia que vive la persona en todo el proceso de enfermedad, sus demandas y como enfermería en la práctica profesional cuya esencia es el cuidado integral brinda atención a través de otras formas de servicio utilizando la teleasistencia por lo general en caso de patología crónicas, promoviendo la continuidad de los cuidados en el domicilio.

### **6.1 DESARROLLO DE LA PRÁCTICA DEL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO**

**6.1.1 Perspectiva Internacional.** (Rice R.), “piensa que la ayuda por teléfono debería usarse como complemento y no reemplazar las visitas domiciliarias. El teléfono se ofrece como medio para extender la cobertura de

los servicios de cuidado en casa y fomentar el trabajo entre la enfermera y el paciente para prevenir hospitalizaciones costosas e innecesarias.

Las “visitas” por teléfono representan un paso adelante en la línea de cuidados tecnológicos, pero las enfermeras deberían estar preparadas para abordar problemas legales o éticos que pueden surgir con los telecuidados”<sup>10</sup>.

Otro estudio interesante, realizado por (Pal B.), con pacientes que presentaban osteoartritis, “reveló que después de un período de seis meses, donde se realizaban llamadas telefónicas dos veces a la semana, los pacientes presentaban mejoría significativa en su estado funcional, y además, seis meses de finalizado el período de llamadas, la mejoría persistía. También se estudiaron pacientes que estaban en tratamiento para el dolor de articulaciones y además, presentaban trastornos gastrointestinales por la medicación antiinflamatoria. Al final de un año de control su mejoría física y psicológica era mayor que en el grupo control. La información que se les proporcionaba por teléfono era con respecto a cambios en su medicación, reacciones adversas a medicamentos, consejos y educación al paciente. El promedio de contacto telefónico fue de 3.5 minutos por paciente.

En este estudio se hace énfasis en el paciente, para que sepa que la llamada la hace el médico y no viceversa. No todos los pacientes pueden acogerse a esta modalidad de servicio. Hay que hacer una selección de pacientes apropiada. El grado de satisfacción de los pacientes fue del 90% después del

---

<sup>10</sup> RICE R. Telecaring in home care: making a telephone visit. *Geriatr Nurs.* 2000. Jan-Feb 21 (1):56.

seguimiento telefónico. Este autor ha encontrado entre sus colegas cierta desgana al uso de nuevas tecnologías, pero espera que en poco tiempo, cuando se vean los beneficios, ellos también adopten estos métodos alternativos para la atención de sus pacientes”<sup>11</sup>.

“En un estudio llevado cabo por Philip Ozuah,<sup>12</sup> llega a la conclusión de la necesidad de implantar una línea telefónica *after-hours* para pediatría. Además, concluye el estudio, que las llamadas realizadas a esta línea (donde había 8000 pacientes pediátricos registrados) eran igual de frecuente por parte de padres que vivían en barrios marginados como de población de clínicas privadas, de barrios no marginados. La mayoría de las llamadas estaban relacionadas con niños entre 1 y 6 años. Y la consulta más común era sobre síntomas febriles, seguida de síntomas respiratorios y en tercer lugar consultas sobre dolor abdominal, vómito y diarrea”.

Otro estudio “Intervención telefónica con cuidadores de familia de sobrevivientes de apoplejía después de rehabilitación”. Estudio de seguimiento telefónico en un ámbito igualmente diferente al oncológico donde hay evidencia que el **entrenamiento en solucionar problemas puede ser efectivamente entregado vía telefónica**. “El propósito de este estudio fue cuantificar el impacto de la participación telefónica en la solución de problemas sociales sobre las repercusiones de los familiares cuidadores primarios después que los sobrevivientes de apoplejía son dados de alta a los hogares desde el centro de rehabilitación”<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> PAL B. Tele-rheumatology: telephone follow- up and ciberclinic. Comput Methods Program Biomed, 2001, Mar 64(3): 189-95

<sup>12</sup> OZUAH PO. A needs assesment for establishing an alter- hour telephone medicine curriculum Arch pediatric Adolesc Med 2001; Jul 155(7):856-7.

<sup>13</sup> AMERICAN HEART ASSOCIATION, INC (*Stroke*. 2003; 34:7.) 2003.

Igualmente una amplia revisión relacionada con la intervención para mejorar el cumplimiento con la medicación, indica que “muchas personas no toman su medicación como ha sido prescrita. La revisión consideró los ensayos realizados para ayudar a las personas a que cumplan con las prescripciones. Para los tratamientos farmacológicos a corto plazo, la orientación, la información escrita y las **llamadas telefónicas** personales fueron de ayuda”<sup>14</sup>.

“Para los tratamientos a largo plazo, las intervenciones sencillas y sólo algunas complejas, causaron mejoras en los resultados de salud. Éstas incluyeron combinaciones de la atención más conveniente, información, orientación, recordatorios, auto monitorización, refuerzos, terapia familiar, terapia psicológica, intervención en crisis, **seguimiento telefónico manual** y otras formas de supervisión o atención. Incluso con los métodos más efectivos para los tratamientos a largo plazo, las mejorías en el uso de fármacos o en la salud no resultaron significativas. Afortunadamente, varios estudios demostraron que informar a las personas acerca de los efectos adversos de los fármacos no afectó su uso”<sup>15</sup>.

“Mención especial merecen las investigaciones acerca del seguimiento de diabéticos a través de llamadas automatizadas. Piette y cols. Han publicado una serie de ensayos en los que a través de un sistema de llamadas automatizadas realizadas cada dos semanas, se les proporcionaba a los diabéticos educación alimentaria, consejos breves sobre la diabetes, manejo ponderal, educación para el autocuidado y seguimiento por una enfermera

---

<sup>14</sup> Intervenciones para mejorar el cumplimiento con la medicación, versión electrónica

educadora en diabetes. El grupo que recibió la intervención, padeció menos síntomas de depresión, mayor eficacia en el autocuidado y menos días de encamamiento por enfermedad, así como mayor satisfacción. Además, estos pacientes que recibieron el **soporte telefónico** de la enfermera, tuvieron menos problemas con la adherencia a tratamientos, el manejo de síntomas, mayor probabilidad de tener la HbA en cifras normales (17% vs 8%) y menores cifras medias de glucemia (180 vs 221 mg/dl) Fundamentalmente, estas experiencias aportan un recurso adicional a los pacientes en su convivencia diaria con la enfermedad, disminuyendo la frustración que supone afrontar las demandas de ésta”<sup>16</sup>.

The telephone as support to parenting: a nursing contribution. (El teléfono como apoyo a los padres en la crianza de sus hijos: una contribución de enfermería). Estudio desarrollado en Chile, donde “la consulta telefónica forma parte del programa “Apoyo a la supervisión del crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años”. Se trata de un programa de enfermería destinado a complementar las acciones realizadas por el equipo médico en los controles de salud infantil que se realizan en el ámbito privado. Con las intervenciones de enfermería de dicho programa, tres en el primer año de vida, se pretende fortalecer y desarrollar las capacidades de auto cuidado de los padres respecto al cuidado y protección de sus hijos, dar respuesta a las necesidades de guía y apoyo para la toma de decisiones que enfrentan las familias a lo largo del proceso de crecimiento y desarrollo del niño y acceder a una fracción de la población que carece de intervenciones de enfermería

---

<sup>15</sup>

Ibid

<sup>16</sup>

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0227.pdf>

de este tipo, a diferencia de lo que ocurre con los niños que controlan su salud en los consultorios municipalizados”<sup>17</sup>.

En esta perspectiva internacional España (Alicante) específicamente muestra en el análisis de calidad de la atención telefónica en los centros de salud, septiembre 2001 a marzo de 2002, el uso del teléfono y la consulta telefónica.

“El teléfono es un canal de comunicación que usado con frecuencia en los centros de salud, se ha convertido en una herramienta de trabajo que proporciona un incremento de productividad para muchos profesionales, además de ofertar una mejora en la accesibilidad para los usuarios de Atención Primaria. Sin embargo, en la actividad profesional de enfermería a menudo se puede sentir como enemigo.

En primer lugar, porque las altas presiones asistenciales condicionan que el acceso telefónico no sea todo lo ágil que se preveía en principio. En segundo lugar, porque las habilidades de atención telefónica no responden a las necesidades que este medio precisa. Y en tercer lugar, porque irrumpe en medio de la consulta o en el momento más inoportuno o cuando las unidades de admisión están más demandadas de atención directa o de actividades de gestión interna.

En este sentido, la citación telefónica en Atención Primaria, con el programa de cita previa, ha representado un acercamiento muy importante a la población. Cada día se producen multitud de contactos telefónicos con clientes, que solicitan cita previa, consulta telefónica, avisos a domicilio, etc.

---

<sup>17</sup> CIENCIA Y ENFERMERÍA. v.8 n.2 Concepción dic. 2002

La forma en que se atiende telefónicamente a un cliente determina de manera importante la imagen de calidad que éste percibe, y la facilidad en su obtención es un aspecto de satisfacción, claramente identificado por los usuarios de nuestros servicios. De ahí la necesidad de utilizar correctamente el teléfono: recibir adecuadamente una llamada, presentarnos, formular las preguntas convenientes, contrastar el mensaje del cliente, recoger los datos del paciente, etc.

Por otra parte, el teléfono no sólo debe servir para la cita previa; se puede aprovechar como una de las medidas estratégicas generales para el trabajo con demanda excesiva mediante la organización de la consulta telefónica. Los diversos usos que podemos dar al teléfono en esta consulta se reagrupan en dos situaciones: a) el paciente decide contactar con el profesional, y b) el profesional decide contactar con el paciente”<sup>18</sup>.

“La consulta telefónica. Esta variedad es complementaria de las demás y permite, cuando así se enfoca, disminuir el número de consultas en el centro o en el domicilio producidas a demanda del paciente. Tiene, no obstante, el inconveniente de no poder explorar al paciente, por lo que a veces no permite una plena resolución del problema pero sí del motivo de consulta.

Puede realizarse por cualquier facultativo, rotatoriamente, o bien por el propio paciente, estableciendo para ello un horario determinado que sea conocido por la población. Requiere disponer de al menos 30 minutos de un teléfono en un espacio con privacidad y acceder a la historia cuando se produce dicha consulta. Es una de las fórmulas que clásicamente se

---

<sup>18</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. (SEMERGEN), Ed. Doyma. Volumen 29 - Número 03 p. 157 - 163



enumeran para "controlar" la demanda. Puede realizarse bajo dos modalidades: a iniciativa del paciente o del profesional; en este último caso, se obtiene un alto grado de satisfacción del usuario, llegando a resolver cerca del 80% de las demandas, lo que da idea de su eficacia. Cuando se realice a iniciativa del paciente, a veces la llamada se atiende por el personal de enfermería, que la resuelve, aunque en la mitad de los casos ha de ser derivada al médico.

El teléfono se puede aprovechar de distintas formas, y no sólo debe servir para filtrar avisos: Se puede establecer un horario (media hora al día) y ofertarlo a los pacientes del cupo para que consulten dudas. Muchas veces una duda puntual aclarada rápidamente por teléfono evita una consulta que "ya que estoy aquí" duraría mucho más. Lógicamente, hay que exigir ver al enfermo si la consulta realizada así lo requiere.

Otra opción es que parta la iniciativa de la llamada del médico. Así, se puede hacer seguimiento telefónico de determinados pacientes (por ejemplo de un paciente que ha dejado de fumar).

Otra posibilidad es informar telefónicamente de resultados de pruebas (analíticas, electrocardiograma [ECG], radiografías, etc.). Se hace con pruebas cuyos resultados esperamos que sean normales o que no vayan a modificar el tratamiento, y según éstos, ya les indicaremos si precisan o no volver a la consulta. Para ello sería conveniente diseñar una hoja de registro que recoja datos como: número de historia, teléfono, nombre, motivo de la prueba y observaciones mínimas sobre el caso y fecha de la petición. Además se añaden dos columnas, una para apuntar si se logró el contacto

telefónico y otra para anotar si tras dicha llamada se generó una nueva visita del paciente a la consulta o no se realizó”<sup>19</sup>.

**6.1.2. Referencias Colombianas sobre el uso del teléfono en servicios de salud.** A nivel nacional la revista de pediatría en el artículo consulta médica por teléfono refiere: “el primer reporte que se tiene del uso del teléfono para uso clínico fue en el año 1897, desde entonces, se ha constituido en parte importante de la práctica médica”.

Los pediatras proveen hasta un 25% del cuidado clínico a través del teléfono y su uso aumenta cada día debido a las grandes distancias que deben recorrer los pacientes para llegar hasta el consultorio médico o por el poco tiempo disponible que tienen los padres para llevar a su hijo al médico cuando ambos trabajan.

El teléfono es solo una forma más de comunicación entre el médico y el paciente, su uso es más frecuente en la práctica privada y éste se hace mayor mientras más confianza se tenga con los padres o acudientes”<sup>20</sup>.

**6.1.2.1 Usos del teléfono en servicios de salud en Colombia.”** El teléfono en la práctica de la medicina, y en especial en pediatría, se puede usar en dos sentidos:

1. Recibir llamadas de los padres. La mayor parte de las llamadas tienen como fin alguno de los siguientes objetivos:

---

<sup>19</sup> Ibid. p. 157 – 163.

<sup>20</sup> VELÁSQUEZ GAVIRIA, O. (1999). "La consulta médica por teléfono" [versión electrónica]. Revista Colombiana de Pediatría, 35 (4).

- Comentar sobre la evolución de una enfermedad por la cual consultó recientemente.
  - Reportar algún efecto secundario de los medicamentos prescritos
  - Aclarar dudas relacionadas con temas médicos
  - Notificar un problema médico nuevo. Los pacientes conocidos generalmente llaman al médico de confianza para manifestarle la aparición de un síntoma o una enfermedad nueva, esperando una orientación sobre lo que deben hacer y para lo cual el médico debe tomar la decisión más acertada interrogando con detenimiento los síntomas o signos de peligro o cualquier problema que pueda poner en riesgo la vida del niño.
  - Aprovechar para solicitar exámenes de laboratorio previos a la cita médica
2. Hacer llamadas a sus pacientes. El médico aprovecha este medio de comunicación para:
- Preguntar sobre la evolución de las enfermedades de sus pacientes
  - Planear su agenda diaria y citas.
  - Hacer promoción de sus servicios y prevención de enfermedades”<sup>21</sup> .

#### **6.1.2.2 Ventajas del uso del teléfono en la práctica médica nacional.**

“Muchos médicos y pediatras consideran el teléfono como un arma de doble filo. Las ventajas del teléfono son numerosas, pero es también una de las partes más frustrantes de la práctica pediátrica. Dentro de las ventajas se pueden enumerar”<sup>22</sup> .

---

<sup>21</sup> Ibid

<sup>22</sup> Ibid

- Permite una comunicación rápida entre el médico y el paciente, evitando a veces el desplazamiento innecesario.
- Ayuda a diseñar la agenda del día, controlando el flujo de pacientes al consultorio.
- Aclara las dudas de los padres sobre la necesidad de ser visto en una consulta
- Disponibilidad inmediata de la atención del médico.
- Permite conocer la evolución del paciente.
- Ayuda a los padres a manejar las quejas menores.
- Evita visitas innecesarias al médico, especialmente en caso de epidemias.
- Promueve el uso de remedios caseros.
- Permite clasificar las quejas de los pacientes, logrando la decisión más adecuada en cada caso.
- Detecta síntomas de peligro para una atención precoz.
- Evita la formulación automatizada del médico.
- Permite a los padres aclarar dudas de la consulta.

### **6.1.2.3 Desventajas del uso del teléfono en la práctica médica nacional.**

El uso del teléfono, en la consulta presenta limitaciones en la evaluación integral de la persona, lo que permite precisar que “cuando la consulta es telefónica, hay consideraciones que la hacen menos eficiente y a veces inconveniente”<sup>23</sup>.

- Los síntomas y signos son muchas veces subjetivos para los padres.

---

<sup>23</sup> Ibid

- No existe la posibilidad de corroborar los síntomas con el examen físico.
- Quita la oportunidad de evaluar integralmente al niño y priva de hacer recomendaciones en otros aspectos de su salud.
- Los padres no son los más indicados para reconocer los signos clínicos de las enfermedades y su apreciación es a menudo diferente a la del médico.
- El interlocutor no es paciente, son sólo intermediarios de la comunicación, lo cual hace más difícil la entrevista.
- Interrumpe la consulta médica y la actividad cotidiana.
- Sólo puede hacerse anamnesis.
- Desaparece el significado de la comunicación no verbal como los gestos, posturas y actitudes que tienen una importancia más precisa que la de las palabras.
- Evita la consulta y el cobro de honorarios.

“En Medellín, en el año 1983 la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana desarrolló un programa de prevención y educación sobre enfermedad diarreica aguda durante siete días continuos, utilizando para tal fin cinco líneas telefónicas por las cuales se comunicaban los padres de familia solicitando información y evaluación del paciente según el caso. Este programa evitó las defunciones por EDA durante esa semana y promovió el uso de las sales de rehidratación oral en todo el Valle de Aburrá”<sup>24</sup>.

Otro estudio realizado en Colombia es el de Escalas de predicción e infección de sitio quirúrgico en 15.625 cirugías 2.001-2.003, siendo

---

<sup>24</sup> Ibid. .

principalmente de cirugía general y oftalmología, desarrollado en la Clínica Carlos Lleras de Bogotá, adscrita a los Seguros Sociales, entidad de segundo nivel de complejidad.

“A través de un programa de vigilancia intensificada y seguimiento telefónico se propusieron detectar la infección de sitio quirúrgico en cirugías ambulatorias.

El seguimiento telefónico se hizo escogiendo al azar el 20 % de los pacientes intervenidos y se llamaron a la casa entre el séptimo y doceavo día post-evento. Durante los últimos seis meses de la muestra se llamaron al 100 %, se les interrogó sobre signos de infección y quienes los presentaban o se tenía sospecha se citaron a consulta y valoración.

Dado que los estudios muestran que si se determinan tempranamente los riesgos, por métodos de predicción clasificando a los pacientes desde el pre-operatorio, y contactándolos telefónicamente en busca de sintomatología de infección en el post operatorio, se podría disminuir las complicaciones por infección generando en los pacientes menor incapacidad y menores costos para la instituciones de salud”<sup>25</sup>.

## **6.2 PACIENTE ONCOLÓGICO**

El paciente con cáncer a través de su proceso de enfermedad, presenta riesgos de complicaciones, debido a los tratamientos, al mismo proceso patológico y a los cambios en el estado emocional y social que afronta, lo

que hace imperativo por parte del personal de enfermería, una intervención integral y oportuna, por lo que el seguimiento telefónico constituye una herramienta terapéutica al servicio del paciente oncológico, con el fin; que el equipo de salud provea alternativas de acceso en el cuidado y apoyo, a través de llamadas periódicas por enfermeras especialistas.

**6.2.1 Experiencia Vivencial del Paciente Con Cáncer.** El diagnóstico de cáncer supone en la vida de los pacientes afectados y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana. Este proceso de ruptura presenta aspectos comunes a todos los pacientes y diferencias en función del tipo de tumor, la edad, la gravedad de la enfermedad y el capital relacional. Como aspectos comunes destacan la despersonalización, la pérdida del equilibrio emocional, el miedo y las tensiones asociadas a los tiempos de espera. El proceso de despersonalización implica la adopción de un yo-enfermo de cáncer que sustituye al yo-persona e invade el conjunto de relaciones que el paciente tiene consigo mismo y con su entorno. La enfermedad se vive como una amenaza y con ello aparece la especulación constante con la idea de la muerte. Ello implica que “decir cáncer sea sinónimo de sentencia de muerte” y, por lo tanto, la palabra cáncer se convierte en tabú. La respuesta al proceso de despersonalización varía según la edad. En pacientes jóvenes se abre un paréntesis vital en el que se destina toda la energía a la lucha contra la enfermedad, mientras que en pacientes mayores se busca una “convivencia” con el cáncer. El proceso de lucha, desesperanza y resignación asociado al yo-cáncer aparece de forma cíclica a lo largo del ciclo evolutivo de la enfermedad y está asociado a la auto-percepción del enfermo.

A lo largo de este proceso suele presentarse una visión diferente entre enfermos y familiares. Así, mientras que los enfermos mantienen una visión parcial, a veces reforzada por conductas de negación de la realidad, esperanzada y de lucha; los familiares adoptan una visión más global, desesperanzada y de sufrimiento. Además, la actitud del enfermo frente al cáncer depende del capital relacional que tenga, es decir, de su nivel de interacción y relación social con otras personas. La ausencia de un buen capital relacional puede suponer el aislamiento y estigmatización de los pacientes.<sup>26</sup>

El tipo de cáncer y la gravedad del mismo también condicionan la actitud de los pacientes frente a la enfermedad. De esta forma, en pacientes con leucemia, existe una gran afectación emocional y una cierta sensación de ausencia de control sobre la enfermedad. En cáncer de pulmón, suele existir una gran incapacitación física y una percepción de gravedad extrema. Sin embargo, en el caso de los de tumores de colón, los pacientes se mostraron más esperanzados debido a las diferentes expectativas pronosticas asociadas y al hecho de identificar los pacientes el tratamiento como curativo. A pesar de ello, la colostomía se vivía como una terapia que podía afectar su vida social. Las personas afectadas por tumores de mama o de próstata expresaban como hecho diferencial respecto a otros tumores su preocupación por cambios en la identidad de género.<sup>27</sup>

También hay repercusiones físicas consecuencias de los tratamientos, definitivas o pasajeras, presentándose limitaciones en las actividades y funciones corporales, por tanto en lo laboral (discapacidades) como familiar

---

<sup>26</sup> Fundación Biblioteca Josep Laporte. Necesidad y Demanda del Paciente Oncológico 24-11-03 //



(dependencia) y social (aislamiento); dependientes del tipo de localización del tumor que influirán en la calidad de vida de la persona. No sólo se puede perder el órgano y la función correspondiente, sino la *función simbólica* que representa y a la que está estrechamente unida. Por citar algunos ejemplos, los aspectos referidos a la pérdida del lenguaje (cáncer de laringe) no sólo refiriéndose a la pérdida de una función, el habla, sino aquella función homeostática que aquel tiene; del mismo modo hablaríamos de la alimentación, digestión y las disfunciones en la eliminación fecal (cáncer aparato digestivo). También en los tumores genitourinarios, la sexualidad se podría ver alterada en su representación mental. La incapacitación de las funciones mentales –cognición, memoria, atención, etc. en relación a los tumores cerebrales. Por último citar, la repercusión en la autoimagen consecuencia de cirugías en cara, cabeza o bien otras zonas del cuerpo y también hemiplejías, alopecia, etc.

Todas estas secuelas conllevan alteraciones significativas, así como una interrupción importante en la vida del paciente superviviente tanto desde el punto de vista individual, familiar y social.<sup>28</sup>

### **6.2.2. Experiencia durante el Ciclo Evolutivo de la Enfermedad.**

En cualquiera de los casos una persona enfrentada a la pérdida de salud siente amenazada su vida y le confronta con una experiencia de radical desamparo.

La angustia se convierte en la expresión del desamparo del sujeto, tanto del psíquico como del biológico. La ansiedad es una de las manifestaciones

---

<sup>27</sup> <http://www.e-rol.es/actual/oncologico.php>  
<sup>28</sup> ONCOLOGÍA (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005

afectivas humanas básicas, constituye una respuesta ante el peligro, el sufrimiento del organismo tanto desde un punto de vista biológico, psicológica como social. Por tanto es una respuesta preprogramada en la especie que genera cambios en los anteriores niveles. El fin es la preparación ante el peligro. "Ese estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta es una consecuencia de la percepción consciente o inconsciente del peligro y al tiempo, se constituye en una señal de alerta o alarma tanto para nosotros mismos ("algo va mal") como para los demás" (Cf. Tizón)

De forma ineludible nuestra aportación y responsabilidad tendrá que estar del lado de reconocer y evaluar los problemas emocionales de los pacientes y en contribuir a aumentar los recursos para enfrentarse a las exigencias de la vida.

Algunos estudios apuestan por el conocimiento de una serie de variables propuestas como candidatas a la predicción de bienestar psicológico y que podríamos poner en relación directa con una mejor o peor elaboración de esta situación emocional. Las variables a destacar de acuerdo con Rowland son: (Cf. Ferrero)

- Variables socio-culturales: visión pésima del pronóstico de la enfermedad y las creencias culturales sobre el carácter terrible y oscuro del cáncer.
- Variables físico-médicas: en relación a las secuelas del trastorno y de los tratamientos; la severidad del deterioro físico.
- Variables personales: entre las que destacan:
  - la edad y/o momento del ciclo vital en el que se ha producido el diagnóstico.

- La situación económica y laboral.
- Los recursos interpersonales y el apoyo social
- Los recursos intrapersonales: tipo de personalidad, la historia previa de problemas psicológicos.

La familia y en concreto la relación de pareja, es un apoyo indescriptible en todo el recorrido del proceso oncológico. Pero a veces el otro se asusta y se pone a distancia psíquica con el enfermo. Aparecen múltiples combinaciones de vínculos que van desde los seres queridos que acompañan, sostienen, apoyan, tranquilizan; aquellos que el enfermo consuela y sostiene al no enfermo; la familia que crea un cerco de silencio sobre el enfermo; aquellos familiares que niegan la situación con la que se enfrentan.

En ocasiones la relación de pareja no puede resistir los cambios provocados por el proceso de cáncer y las tensiones que se dan en la fase de postratamiento. En otras, el cáncer hace de detonante en los conflictos previos de la pareja.

Si no se piensa en las necesidades psicosociales del paciente y su familia, estas no se detectan y no se tratan. Son temas difíciles de reconocer por la formación del médico basada en conceptos biomédicos tradicionales, donde los aspectos psíquicos y sociales quedan fuera de su función profesional bien por falta de empleo de indicadores fiables, simples y específicos que permitan relacionar algunas de las demandas del enfermo con factores psicosociales y disfunción familiar, o por no disponer de recursos y herramientas para intervenir de forma efectiva sobre los mismos.<sup>29</sup>

En el área socio-laboral, con frecuencia se producen discapacidades tanto por efectos de la propia enfermedad como de las repercusiones permanentes físicas de la misma; por un lado, las dificultades económicas que se producirán y por otra parte, solicitar una incapacidad laboral en ocasiones es vivenciado como una representación de sí mismo como incapaz e impotente, sintiéndose fuera del espacio social reservado a "los útiles". Si junto a ello aparecen deterioro y desfiguraciones físicas, no es infrecuente encontrar el desencadenamiento de situaciones depresivas.<sup>30</sup>

La enfermedad no sólo afecta al paciente sino también a la familia. De esta forma, en los entornos familiar, social y laboral se producen diversos cambios que afectan al rol del paciente y que forman parte del proceso de despersonalización antes mencionado. En este sentido, la familia adquiere un papel protector sobre el paciente. Asimismo, el lugar de tratamiento suele convertirse en un espacio social en el que los pacientes comparten vivencias comunes de forma solidaria. Con respecto al trabajo, la mayor parte de las personas lo sitúan en un segundo plano en relación a la lucha contra la enfermedad y suele ser abandonado por las personas más mayores.

Considerando las implicaciones que genera el cáncer en todos los aspectos que conforman el individuo como ser integral, el paciente con cáncer presenta requerimientos que deben ser abordados con principios por parte del equipo interdisciplinario.

**6.2.3 Demandas del Paciente Oncológico.** “Si se quiere establecer unos cuidados continuos de calidad, se debe conocer cuáles son las demandas básicas de los pacientes oncológicos. En varios estudios realizados

---

<sup>29</sup>

<sup>30</sup>

Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad. Versión electrónica  
Op. Cit. Oncología.

directamente sobre los pacientes analizando sus necesidades, se han evidenciado tres principios básicos sobre los que giran todas sus demandas y que deberían constituir los principios de actuación”<sup>31</sup>:

- **Buenos cuidados profesionales**, es decir que el tratamiento administrado sea de calidad.
- **Cuidado centrado en la persona**, el tratamiento debe estar organizado en función de las necesidades y deseos del paciente, más que basado en la conveniencia del hospital o del personal de salud.
- **Cuidado holístico**, se extiende más allá del fundamento y aspecto clínico del tratamiento, para dirigirse de forma más amplia a las necesidades y deseos del paciente.

### **6.3 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA EN TODOS LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN.**

En enfermería se conjuga el cuidado especializado del ser humano individual y colectivo en diferentes momentos del proceso vital y en contextos culturales específicos para alcanzar mejores condiciones de vida, donde la búsqueda de alternativas para la atención del paciente en ámbitos diferentes al hospitalario, ha llevado a enfermería a incursionar en el desarrollo de la intervención telefónica, que complementa y facilita como profesión liberal y disciplina de carácter social, continuar con el “cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad” en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud – enfermedad”.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> PSICOONCOLOGÍA. Vol.1, Núm.1,2004,pp.155-164

En 1955, V. Henderson enfermera que desarrolló una de las principales teorías de Enfermería decía “la función propia de la enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, o a su recuperación, o a su muerte en paz, que realizaría sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera, que le ayude a ganar independencia lo más rápido posible”.<sup>33</sup>

También define la salud equiparándola a independencia, en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda lo que ella llamó los 14 componentes básicos de los cuidados de Enfermería (que coincide con la escala de necesidades de Maslow necesidades fisiológicas, de seguridad, de protección etc.).

Más adelante otra enfermera (D.Orem), cuya teoría ha marcado pauta en la actual concepción sobre la función propia de Enfermería, definiéndola especialmente a las necesidades del ser humano, que están en relación con el autocuidado y entendiendo este como “las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o las heridas y hacer frente a sus efectos”.

Si seguimos profundizando en la función a desempeñar por enfermería con cualquiera de sus teorías sólo llegaríamos a la conclusión de que lo nuestro es CUIDAR o lo que es lo mismo “Conjunto de actividades que tienen por

---

<sup>32</sup> <http://cuidadosenfermeros.blogspot.com/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html>

<sup>33</sup> [amed-diabetes.org/articulos/papeldelaenfermera.DOC](http://amed-diabetes.org/articulos/papeldelaenfermera.DOC)

objeto promover la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca.” O sea “ayudar a vivir” (Collière 1983).<sup>34</sup>

Entonces dándose el **Cuidado** en una relación interpersonal entre el cuidador y el sujeto cuidado, el personal de enfermería se aparta de la orientación centrada en la patología y pasa a una visión más holística del ser que cuida, y puede explorar e incorporar el significado psicológico de los hechos, sentimientos y conductas.<sup>35</sup>

Actualmente se siguen desarrollando modelo de cuidados que proporciona una nueva óptica para valorar y reflexionar sobre los fenómenos relacionales de persona a persona, y Jean Watson presenta en su teoría que el cuidado constituye acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo dentro de una experiencia transpersonal, que permite la apertura y desarrollo de las capacidades humanas, donde el objetivo es ayudar a las personas mediante un proceso de transacciones humanas a encontrar un significado a su experiencia, adquirir auto conocimiento, autocontrol y autocuración, para restablecer su armonía, independientemente de las circunstancias externas.<sup>36</sup>

En nuestro medio también se han hecho trabajos orientados al estudio de la respuesta del paciente oncológico a medidas no convencionales de cuidado de enfermería.

---

<sup>34</sup> COLLIÉRE M.F. Promover la vida. Inter Editions. Paris 1983

<sup>35</sup> HOWK C, BROPHY G, CAREY E, NOLL J, RASMUSSEN L, SEARCY B, et al. Enfermería psicodinámica. En: Marriner Tomey A, Alligod MR. Modelos y teorías en enfermería. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp. 335-350.

<sup>36</sup> [http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza\\_Jean\\_Watson](http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson)

“La persona con enfermedad neoplásica, vivencia en su interior soledad, abandono, ansiedad, marginación, lo cual pone en evidencia que el paciente con cáncer tiene necesidades que van más allá de la mera aportación científica y técnica, y por lo tanto requieren “cuidadores que den confianza, esperanza, consuelo y apoyo, expertos de gran sensibilidad humana abiertos a todo aquello que pueda ayudar a comprender al enfermo, su interioridad, mundo, cultura, capaces de comprender al enfermo en todas sus vivencias, para ofrecerle un cuidado personal e individualizado”.<sup>37</sup>

**6.4 AUTOCUIDADO.** Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle.<sup>38</sup>

Para conceptualizar el autocuidado es pertinente retomar el concepto de cuidado de Colliere F: “acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”.<sup>39</sup> Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona. O sea, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o

---

<sup>37</sup> ORTIZ Luz Helena MONTES Berrio Nelsy. Autor: Enfermeras, Especialistas en Enfermería Oncológica Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia ANEC.

<sup>38</sup> <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>



definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda.

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales.

**6.4.1 Promoción del autocuidado.** Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias:

1. Desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento (empowerment), como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
2. Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las

---

<sup>39</sup> Op. Cit. COLLIERE MF.

personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.

3. Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
4. Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias.
5. Contextualizar el autocuidado, es decir una direccionalidad de acuerdo con las características individuales. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
6. Generar procesos participativos la promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo sobre su propia salud de las personas que ofrecen los servicios de salud y quienes lo reciben.
7. El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover,

mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla.<sup>40</sup>

**6.5 TELEENFERMERÍA:** Al igual que en otras disciplinas la teleenfermería en el campo de oncología facilita a enfermería proporcionar ayuda a los pacientes y familias a participar activamente en los cuidados, especialmente en la autogestión de la enfermedad. Asimismo permite a las enfermeras dar información y apoyo oportunos en tiempo real. La continuidad de los cuidados se favorece porque se fomentan los contactos frecuentes entre los dispensadores de atención de salud y los distintos pacientes y sus familias.<sup>41</sup>

Hoy no extraña a nadie que, para cualquier cuestión, se contacte los servicios del personal de salud vía Internet, y mucho menos extraño por teléfono. Este último medio lo llevan usando las enfermeras para contactar con los pacientes, y requerirles o proporcionarles información sobre sus cuidados, casi tanto tiempo como la propia invención del teléfono.<sup>42</sup>

La teleenfermería puede utilizarse para contribuir a la atención de pacientes en el hogar, hospitales y hospicios. Por otra parte, puede proporcionarse a partir de centros de teleenfermería o unidades móviles. La selección de pacientes y la atención en el hogar por teléfono son las aplicaciones que experimentan hoy en día un crecimiento más rápido. Cabe decir que la teleenfermería es una aplicación sumamente eficaz de las TIC (técnicas de información y comunicación) y el país en que se ha desarrollado más es

---

<sup>40</sup> <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>

<sup>41</sup> CIE La enfermería Importa [http://www.icn.ch/matters\\_telenursingsp.htm](http://www.icn.ch/matters_telenursingsp.htm)

<sup>42</sup> Cuidados de Enfermería NC Journal

[http://www.cuidadosdeenfermeria.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=19&Itemid=41](http://www.cuidadosdeenfermeria.com/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=41)

Estados Unidos, donde es razonable esperar que la teleenfermería reemplace prácticamente el 46% de las visitas de enfermeras.<sup>43</sup>

### **6.5.1 Ventajas de la teleenfermería**

Eficiencia en costos

- Con una información más puntual a los pacientes y a sus familias se reduce el recurso a servicios salud costosos (Médico, servicios de urgencia, hospitales).
- Unos recursos limitados pueden beneficiar a una gran población dispersa en una amplia región geográfica.
- Con la tele enfermería puede reducirse la necesidad o la duración de las estancias hospitalarias.
- Los adultos con afecciones crónicas, que necesitan una vigilancia, evaluación y mantenimiento frecuentes pero no cumplen los criterios para la asistencia a domicilio o no tienen medios para pagar los servicios, pueden beneficiarse de la tecnología.

El resultado es una disminución de los costos totales de la atención de salud y un mayor acceso a los cuidados con un uso más adecuado de los recursos.<sup>44</sup>

**6.5.2 Problemas de la teleenfermería.** En la prestación de cuidados a distancia, los encargados de las políticas y los médicos y enfermeras han de cerciorarse de que se dispone de sistemas adecuados para la

---

<sup>43</sup> UNIÓN INTERNACIONAL DE TELECOMUNICACIONES Comisión de estudios 2. Aplicación de las telecomunicaciones a la salud

<sup>44</sup> BRITTON, KEEHNER, STILL & WALDEN 1999. Adaptado de OMS, 1999.

reglamentación del ejercicio de la profesión y los profesionales, y que se dispone también de políticas y normas para garantizar el ejercicio seguro, profesional y ético, y está garantizada la seguridad, privacidad y confidencialidad de la información.

Las actividades de teleenfermería han de integrarse adecuadamente en la política y estrategia globales para el desarrollo del ejercicio de la enfermería, la prestación de los servicios de enfermería y la formación y capacitación de las enfermeras.<sup>45</sup>

La intervención telefónica, es una acción que complementa la atención directa a los pacientes y es así como se convierte en una ayuda en el seguimiento de pacientes en el domicilio, por lo que la atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud o por problemas socio sanitarios, requieren cuidados en el domicilio, de carácter temporal o permanente. Aunque, en principio, los destinatarios son personas que no pueden acudir al centro de salud. La atención domiciliaria constituye una alternativa asistencial siempre que sea posible garantizar en el hogar un nivel de efectividad similar al que podría obtenerse en régimen de institucionalización y sea aceptado por el paciente/familia.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> TELEENFERMERÍA [http://www.icn.ch/matters\\_telenursingsp.htm](http://www.icn.ch/matters_telenursingsp.htm)

<sup>46</sup> [http://www.andaluciajunta.es/segundamodernizacion/archivos/documentos/doc\\_217.pdf](http://www.andaluciajunta.es/segundamodernizacion/archivos/documentos/doc_217.pdf)

## **7. DESARROLLO METODOLÓGICO**

Para la realización de este estudio se utilizó una revisión documental sobre intervención de enfermería oncológica a través del teléfono al paciente con cáncer. Se desarrolló en tres fases, búsqueda de estudios de investigación, selección y análisis.

### **7.1 BÚSQUEDA.**

Se realizó la búsqueda de los estudios de investigación, en revistas científicas y en las siguientes bases de datos: Scielo, Scient direct, LILACS Medline, EBSCO, Pub Med, Paho, ProQuest, y Cochrane, ENFISPO.

Las palabras clave incluidas para la búsqueda fueron: seguimiento telefónico, control telefónico, contacto telefónico, cáncer, enfermera y paciente oncológico. No tuvo delimitación geográfica, se consultó en idioma inglés y español. La revisión abarcó desde el año 1999 hasta el 2007. Se encontraron inicialmente 20 artículos, con la limitación de encontrar pocos estudios relacionados específicamente con el área de oncología.

### **7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS**

Inicialmente se identificaron 20 artículos, de los cuales se seleccionaron 15 que respondían a los objetivos y problema planteados para el desarrollo de la investigación. En la Tabla 2, se presentan las particularidades de las 15

publicaciones seleccionadas, en las que se identificaron las características y necesidades de los pacientes con cáncer a los que se orientó la intervención telefónica de la enfermera oncóloga, de igual forma se reconocieron las ventajas, desventajas y requisitos de la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer. Estos 15 estudios se basaron en diferentes enfoques.

**Tabla # 1. ENFOQUE DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS PARA LA INVESTIGACIÓN**

<b>CANTIDAD ESTUDIOS</b>	<b>ENFOQUE</b>
3	Descriptivo
2	Descriptivo Retrospectivo
1	Revisión Documental
2	Experimental
1	Estudio Randomizado doble ciego
1	Ensayo de bloque clínico al azar
1	Estudio clínico prospectivo
2	Estudio piloto
2	Cuasi experimental

Los países donde se realizaron las investigaciones fueron Estados Unidos, México, Finlandia, Chile, Inglaterra, Perú, Italia, Canadá.

Tabla # 2. PARTICULARIDADES DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

NO.	TÍTULO	AÑO	AUTOR	PAÍS	IDIOMA	MEDIO PUBLICACIÓN
1	An intervention to increase use and effectiveness of self-care measures for breast cancer chemotherapy patients Una intervención para incrementar el uso y eficacia de las medidas de auto-cuidado para pacientes en quimioterapia por cáncer de seno	1999	Craddock RB, Adams PF, Usui WN, Mitchell L	Estados Unidos	Inglés	Cancer Nurs 22(4) pp. 312-319
2	Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas	2000	Silvia Allende Pérez y cols	México	Español	Revista del Instituto Nacional de Cancerología Vol. 46 Núm.1 pp. 10-16
3	Evaluación del impacto de la intervención de un equipo de atención primaria en la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de mama	2000	Aparicio Cervantes MJ and cols	España	Español	Medicina de Familia (And) Vol. 1, N° 1,
4	The impact supportive telephone call intervention on grief alter the death of a family member El impacto de soporte de la intervención telefónica durante el duelo después de la muerte de un miembro de la familia.	2000	Marja Kaunonen, and cols	Finlandia	Inglés	Cancer Nursing Vol.23 No.6
5	A pilot study examining energy conservation for cancer treatment-related fatigue	2002	Barsevick AM; Whitmer K, Seeney C, Nail LM.	Estados Unidos	Inglés	Cancer Nursing
6	Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions Seguimiento para personas con cáncer: Intervención telefónica por enfermería.	2003	Karen Cox and cols	Inglaterra	Inglés	Journal of Advanced Nursing 43 (1), 51-61.
7	Telephone Support for Caregivers of Patients With Cancer. Soporte telefónico para cuidadores de pacientes con cáncer	2003	Walsh, Sandra M. and cols	Estados Unidos	Inglés	Cancer Nursing 26 (6): 448-453
8	Efficacy of Therapeutic Group by Telephone for Women With Breast Cancer. Eficacia de terapia de grupo por teléfono para mujeres con cáncer de seno	2003	Heiney, Sue P. and cols	Estados Unidos	Inglés	Cancer Nursing. 26(6):439-447
9	a cause study of telephone interpersonal counseling for women with breast cancer and their partners Un estudio de causa del asesoramiento interpersonal telefónico para mujeres con cáncer de seno y sus compañeros	2004	Ferry Badger, and cols	Estados Unidos	Inglés	Oncology Nursing, Forum Vol 31, No. 5 997-1003pp
10	Telephone first post-intervention follow-up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: evaluation of a novel service delivery approach. Primera intervención telefónica de seguimiento para hombres con radioterapia de próstata.	2004	Jane Booker and cols	Estados Unidos	Inglés	Eur J Oncology Nurs (4) pp325-33
11	Taking charge: a self-management program for women following breast cancer treatment (Hacerse cargo): un programa de auto-manejo para mujeres después del tratamiento contra el cáncer de seno	2005	Cimprich B, Janz NK, and cols	Estados Unidos	Inglés	Psychocology. 14 (9):704-17
12	Eficacia de un modelo de intervención para mejorar el auto cuidado de pacientes mastectomizadas	2005	Aquino Robles Florentino y cols	Peru	Español	Bol. INEM 27(2) pp. 46-56
13	Randomized double-blind, double-dummy crossover clinical trial of oral tramadol versus rectal tramadol administration in opioid-naïve cancer patients with pain Estudio randomizado doble ciego cruzado de tramadol oral contra tramadol rectal en pacientes con dolor oncológico que no han recibido opioides	2005	Mercadante S, Arcuri E, Fusco F, Tirelli W, Villari P, Bussolino C	Italian	Inglés	Support Care Cancer 13: 702-707
14	Telephone Outreach to Increase Colorectal Cancer Screening in an Urban Minority Population. Cobertura telefónica para incrementar el análisis diagnóstico de cáncer colorrectal en una población urbana minoritaria.	2006	Basch, Charles E; and cols	Estados Unidos	Inglés	American Journal of Public Health. Provided by ProQuest
15	Day Surgery for Breast Cancer: Effects of a Psychoeducational Telephone Intervention on Functional Status and Emotional Distress. Efectos de la intervención telefónica psicoeducacional en las aflicciones emocionales.	2007	Nicole C Allard	Canada	Inglés	Oncology Nursing Forum Tomo 34, N° 1; pg. 133, 9 pgs



### **7.3 ANÁLISIS DE ARTÍCULOS**

Para la realización del análisis se elaboró una ficha descriptiva – analítica para cada uno de los artículos seleccionados (Anexo). En la primera parte contiene los datos de identificación como: número de artículo, título original y traducción, medio de publicación, volumen, año de publicación, idioma, palabras clave, país donde se realizó el estudio y autores. Una segunda parte corresponde al juzgamiento metodológico, es decir, tipo de diseño, enfoque, muestra, técnica estadística empleada y nivel de interpretación de datos, correspondiente a uno de los siguientes:

- 1.** Descripción de los hallazgos
- 2.** Identificar la relación entre variables
- 3.** Formulación de relaciones tentativas
- 4.** Revisión en busca de evidencias
- 5.** Formulación de explicaciones al fenómeno
- 6.** Identificación de esquemas teóricos más amplios.

La tercera parte incluye los aportes de contenido respecto al problema y objetivos planteados.

## **8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

La siguiente información se obtuvo a partir del análisis de los 15 artículos seleccionados y se organiza en el orden de formulación de los objetivos propuestos para éste estudio de revisión documental.

### **8.1 Características de los pacientes con cáncer a los que se orienta la intervención telefónica de la enfermera oncóloga.**

Los resultados de la revisión bibliográfica muestra las diversas características de los pacientes con cáncer a los que se orienta la intervención telefónica de la enfermera oncóloga. Estos permitieron identificar las patologías oncológicas, los tratamientos instaurados para cada caso, pruebas de screening para cáncer de seno y colorrectal, como los síntomas y/o efectos secundarios que presentaron los pacientes; éstas fueron catalogadas como definitorias con el fin de una mejor clasificación y presentación, otras de las características observadas fueron de tipo social y emocional.

Un aspecto importante a destacar, es que la intervención telefónica por parte de enfermería oncológica en las últimas décadas se ha desarrollado y consolidado en otros países como respuesta a una profesionalización cada vez mayor de la enfermería y presiones dentro del servicio de salud, como en el caso de Gran Bretaña, que en los últimos 10 años ha hecho énfasis en entrenar a las enfermeras para realizar roles los cuales han sido tradicionalmente para el área del profesional de medicina. (Cameron, 2000; Doh, 1999,2000).

**Tabla #3 Características Definitivas de los pacientes con cáncer a los que se orienta la intervención telefónica de la enfermera oncóloga.**

#	MUESTRA	TIPO DE CÁNCER	TRATAMIENTO	SINTOMAS Y/O EFECTOS SECUNDARIOS PRESENTADOS POR EL PCTE.	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
1	48 mujeres	Seno E I o II	Qtx. Ambulatoria (Ciclofosfamida, metotrexate, fluorouracilo)	Fatiga, pérdida cabello, cambios gusto y olor	3 Llamadas telefónicas (identificar efectos colaterales, evaluar gravedad, discutir medidas autocuidado y su eficacia).
2	230 Ptes.	Cervico uterino E avanzado	Tto. Paliativo (Cx. Qtx. Rtx.) y clínica del dolor	Dolor (prevalente 98.3%) estreñimiento 86%, Deterioro estado general Karnofsky (-) 60% Vómito fecaloide, incontinencia de esfínteres, escaras, dolor e incapacidad para deambular. Alteraciones sexualidad.	1 a 65 llamadas 25 (promedio) Complemento visita domiciliaria
3	1942 mujeres	Ca seno	Screening (población alta incidencia)	No Reporta	Consulta telefónica (recapacitación)
4	225 Filiars	No específico	No específico. (Fliar acompañamiento Duelo)	No reporta para el paciente. Cuidador(emocionales)	1 llamada 4 meses después De la muerte miembro fila.
5	278Ptes	Seno, pulmón, próstata, colorrectal	Quimioterapia, Radioterapia (Tto. Cura, control en lugar de paliación únicamente)	Fatiga Karnofsky mayor de 70%	3 sesiones telefónicas información R/C fatiga y Dilo. plan acción conservación energía, evaluación eficacia plan. Previa asesoría
6	37 Art.	Seno, ovario, pulmón testicular	No específico	No específico	Sistema estructurado de llamadas de seguimiento 5-7 días después Tto.
7	14 cuidadores	No específico	Pacientes al final de la vida	No reporta para el paciente. Cuidador (depresión, desesperación, desorganización)	Llamadas telefónicas individuales varias veces a la semana. Inclusive una llamada telefónica corta de soporte después de la muerte. Libro de trabajo
8	68 Ptes.	Seno E I o ductal, lobular infiltrante)	Cirugía (mastectomía , lumpectomía)	Fatiga, función inmune relación bidireccional estado de ánimo y función inmune, calidad de vida	Terapia grupal, por conferencia telefónica, combinando educación en manejo estrés
9	1 Est. caso	Seno	No específico	Emocionales	Consejería interpersonal
10	36Ptes.	Próstata	Radioterapia (teleterapia braquiterapia)	Urinarios (incontinencia, nicturia, hematuria, disuria) Intestinales (diarrea, dolor, sangrado) Sexuales (disfunción eréctil) y fatiga	Método telefónico de seguimiento, como una manera de apoyo luego del tto de Rtx. Identificando síntomas físicos problemáticos.
11	49 mujeres	Seno	Cx. (lumpectomía), Rtx., Qtx. adyuvante	Fatiga	El programa involucra acciones fundamentadas y no improvisadas de sesiones telefónicas individualizadas, dirigidas por enfermeras. 4 intervenciones de contacto, 2 pequeñas reuniones de grupo y dos sesiones telefónicas individualizadas
12	86 Ptes	Seno	Cx.(mastectomía con drenaje con hemovac)	Emocionales	Comunicación telefónica 5 a 8 días después del alta indagar dificultades drenaje, autocuidado. Invitación acercarse al servicio detección problemas
13	86 Ptes.	Enf. Hematológicas		Dolor (intensidad) vómito insomnio, náusea, estreñimiento	Contacto telefónico diario
14	456 Participantes	Colorrectal	Screening (población alto riesgo)	No reporta	Llamadas telefónicas para solución preguntas e incitar completar la prueba. Folleto educativo
15	117 Ptes.	Seno	Cx.(lumpectomía+disección ganglionar con sistema drenaje)	Emocionales	Dos sesiones telefónicas, a 3-4 días y 10-11 días después de la cirugía

# = Artículo

Los autores en todos los artículos reconocen una gran variedad de **características definitorias** del paciente con cáncer objeto de intervención telefónica por parte de la enfermera oncóloga, estas constituyen: el **tipo de cáncer, tratamiento a seguir por los pacientes**, y los **síntomas y/o efectos secundarios**.

Dentro de los diferentes tipos de cáncer encontrados en los artículos analizados se encuentra una gran variedad de patologías oncológicas, que ocasionan gran morbilidad y mortalidad en las personas que las padecen y de paso una variedad de trastornos en los ambientes en que se desenvuelven; las patologías que se pudieron establecer fueron tumores sólidos como: cáncer de próstata, ovario, cérvix, colorrectal, testículo, seno y pulmón; entidades que se caracterizan por ocasionar gran incapacidad física y emocional.

En nueve de los estudios realizados, con una muestra representativa, los autores hacen referencia al cáncer de seno, abordando aspectos importantes como la detección temprana y la variedad de tratamientos disponibles para esta patología.

Las enfermedades hematológicas, estuvieron incluidas en esta revisión documental en un artículo, a las cuales el marco teórico refiere una cierta sensación de ausencia de control sobre la enfermedad por parte del paciente.

En conjunto todas estas patologías ocasionan una alta tasa de morbilidad y mortalidad, que hacen pensar en la necesidad de alternativas para la atención de los pacientes en ambientes diferentes al hospitalario, promoviendo así la independencia y la participación activa del paciente en su autocuidado, con el fin de prevenir complicaciones que afecten aún más su calidad de vida; siendo el seguimiento telefónico por enfermería oncológica

una opción que permitirá al equipo de salud, brindar al paciente y a su familia un servicio con calidad que garantice la continuidad y el cumplimiento del tratamiento establecido.

El screening se clasificó en la tabla No. 3 en la casilla de tratamiento, para efectos de la presentación de resultados; pero en realidad es presentada como prueba de detección temprana de cáncer colorrectal y de seno; donde la intervención telefónica se utilizó, como estrategia para promocionar el análisis diagnóstico en la población diana por la alta incidencia de éstas patologías, con el fin de hacer cobertura en programas de atención primaria y contribuir a mejorar la participación de la población en programas de cribado poblacional y así aumentar coberturas en la detección temprana, ya que se busca es disminuir la morbimortalidad al hacer una diagnóstico precoz, más no la incidencia de la enfermedad.

En general, se sabe que hay repercusiones físicas ocasionadas por los **tratamientos**, ya sean definitivas o pasajeras, y dependiendo del tipo de cáncer y localización del tumor, éstas influirán en la calidad de vida de la persona. Los planes de tratamiento abordados por los diferentes artículos, muestran el progreso que se ha logrado en el tratamiento del cáncer (opciones multimodales de tratamiento dependiendo del tipo de enfermedad, etapa, localización y pronóstico). Es decir, que la individualidad de cada situación y las opciones de tratamiento estándar para cada paciente, permite determinar el tipo de abordaje, por parte del personal de salud en el proceso de atención. Según los artículos analizados, los pacientes objeto de intervención telefónica por enfermería oncológica fueron aquellos sometidos a cirugía (mastectomía, lumpectomía, linfadenectomía, drenajes, ostomías, exanteraciones pélvicas); igualmente los pacientes que recibieron aplicación de radioterapia externa e interna y los pacientes que fueron sometidos a aplicación de quimioterapia.

En el seguimiento a pacientes con drenajes instalados, en pacientes con cirugía de seno (mastectomías+linfadenectomías), la intervención telefónica estuvo orientada a conocer los problemas con el funcionamiento de éstos, los volúmenes drenados, reforzamiento de información y educación; con el fin de prevenir las complicaciones asociadas, al incorrecto funcionamiento de los sistemas de drenaje y además facilitar la permanencia del paciente en su entorno. En la actualidad en algunas instituciones se lleva a cabo la intervención telefónica de seguimiento, gracias a la participación activa del personal de enfermería oncológica que desarrolla esta función.

Dentro de los **síntomas** ocasionados por la enfermedad y/o efectos secundarios de los tratamientos ofrecidos se encontró: la **fatiga** y la refieren como un estado que afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes con cáncer, y se caracteriza por una variedad de manifestaciones que de manera general alteran la condición **física** en los pacientes.

La **fatiga** relacionada con el cáncer, constituye el efecto colateral más común del tratamiento y se describe como cansancio, energía baja, falta de fuerzas, aumento de dificultad respiratoria, sensación de pesadez y estar exhausto, sin aliento o letárgico.

Barsevick AM., y cols destacan el cansancio como molestia que interfiere con la capacidad del paciente para realizar las tareas diarias tanto familiares, laborales, así como el asistir a sus tratamientos incitando a algunos pacientes a abandonar el tratamiento, lo que fue un motivo importante, para el seguimiento por parte del personal de enfermería, y constituyó la razón para el estudio sobre las intervenciones que se pueden realizar en las poblaciones con enfermedades crónicas aparte del cáncer; a donde apuntaron la mayoría de estudios relacionados con el seguimiento telefónico

como el de (Pal B.), realizado con pacientes que presentaban osteoartritis, y el de Piette y cols con el seguimiento de diabéticos a través de llamadas automatizadas, donde reportan cómo los pacientes que recibieron el soporte telefónico por parte de la enfermera, tuvieron menos problemas.

Además de lo anterior, mencionan cambios en la percepción del gusto, olores vómitos, náuseas; relacionada con los efectos de la quimioterapia, son presentados como alteraciones que ocasionan problemas nutricionales, con tiene implicaciones en la calidad de vida de los pacientes y por tanto se necesita un seguimiento permanente del paciente con el fin de valorar intensidad, frecuencia, y la forma de abordaje más la aplicación de las medidas sugeridas, con el objetivo de prevenir alteraciones nutricionales que interfieran con la recuperación del paciente y cumplimiento de los regímenes terapéuticos.

La fetidez, las escaras, el vómito fecaloide y la incontinencia de esfínteres como consecuencia del estado avanzado de la patología en las pacientes que cursaban con el cáncer de cuello uterino y en programa de cuidado paliativo, constituyen un cuadro muy característico de esta patología y que debe ser abordado por el personal de enfermería, en este caso la intervención telefónica al cuidador principal fue importante y se realizó, con el fin de promover la disminución de complicaciones asociadas y la calidad de vida del paciente .

En el seguimiento de 36 pacientes; la disuria, nicturia, hematuria y rectorragia fueron como otros síntomas y/o efectos secundarios de los tratamientos que afectan considerablemente el desempeño de cada individuo, menoscabando la condición física de los pacientes; caso específico de la radioterapia en pacientes con cáncer de próstata, donde los

efectos secundarios del tratamiento fueron marcados, requiriendo una intervención humanizada y contextualizada a las necesidades individuales del paciente y familia, y la intervención telefónica jugó un papel importante en la detección temprana de complicaciones y en el aporte continuo de información que permitió a los pacientes y familias promover condiciones favorables.

La dificultad para la movilización, déficit neurológico están descritos como: deterioro del estado general o Karnofsky menor de 60% y 70% o mayor respectivamente, haciendo referencia a la escala de rendimiento que constituye una manera estándar de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias, permitiendo determinar el compromiso del estado general del paciente y su capacidad funcional; ya que al disminuir sus actividades por cualquier razón, los pacientes experimentan un progresivo cambio en el metabolismo, que los puede conducir al desacondicionamiento físico como: pérdida de masa muscular y debilidad con marcado compromiso sistémico que afecta la calidad de vida, y por tanto es necesario un abordaje continuo por parte del equipo de salud, con el fin de detectar los cambios que surgen y prevenir o controlar las complicaciones, al educar al cuidador en las técnicas sencillas que se pueden aplicar para minimizar éstas.

Teniendo en cuenta el aspecto inmediatamente anterior, cabe indicar la necesidad de la rehabilitación, que no está inmersa en el contenido de los artículos analizados, ya que en la mayoría de los pacientes oncológicos el pronóstico es incierto, por lo tanto el enfoque de los programas de rehabilitación en cáncer es potencializar al máximo la funcionalidad, movilidad del paciente, promoviendo la acción de los cuidadores y desarrollo de habilidades individuales, disminuyendo o previniendo complicaciones



como el síndrome de desacondicionamiento y todas las complicaciones que éste ocasiona, a través de una serie de medidas sencillas que se pueden aplicar, evaluar y/o reforzar en el ambiente domiciliario mediante la intervención telefónica por parte del equipo interdisciplinario de salud.

El dolor, igualmente como síntoma asociado a los tratamientos o a la enfermedad de base, se considera como uno de los aspectos más complejos que requiere un tratamiento oportuno, lo que condiciona al abordaje del paciente por un equipo interdisciplinario, con una evaluación adecuada de su sintomatología y pautas de tratamiento, que faciliten el alcance de resultados óptimos para el paciente en el ambiente ambulatorio; enfocado siempre a evitar el sufrimiento, por la presencia de dolor, de difícil control, y donde el seguimiento telefónico es práctico de utilizar, mediante la evaluación del dolor a través de la escala de valoración numérica, realizando los ajustes de tratamiento que requiera el paciente para un adecuado manejo del dolor.

Las alteraciones en la **sexualidad** por cambios anatómicos que se originan con tratamientos mutilantes (exanteraciones pélvicas, y la presencia de estomas), como es el caso del cáncer de cérvix y los efectos locales de la radioterapia, progresión de la enfermedad o patologías concomitantes que tienen efecto en la disminución de la libido, que afectan el desempeño en la actividad sexual. En el caso del cáncer de próstata enfatiza en repercusión sobre la función eréctil y eyaculatoria por lo general a largo plazo, posterior al tratamiento con radioterapia y que por lo general ambas situaciones pasan desapercibidas para el equipo de salud, y de forma general es enfermería que por permanente contacto con los pacientes, tiene la facilidad de identificarlas y también la función importante de abordarlos de forma individual y/o con la pareja, además la posibilidad de derivar al especialista.

El marco teórico presenta que además en los tumores genitourinarios, la sexualidad se podría ver alterada en su representación mental, por lo que, si se tiene en cuenta el compromiso físico constituye un agravante en el desempeño normal de la sexualidad.

Nueve artículos referentes al cáncer de seno, no especifican alteraciones en la sexualidad femenina, pero teniendo en cuenta los cambios hormonales que surgen después del tratamiento con quimioterapia, que pueden reducir el interés o respuesta sexual, y en caso de procedimientos quirúrgicos estos pueden originar alteraciones por los cambios de la imagen corporal, que por lo general conllevan a un deterioro marcado en el desempeño sexual de la mujer.

Otra característica específica para la intervención telefónica, al paciente oncológico correspondió al estado terminal, y el proceso de duelo, donde se brinda a los cuidadores principales la atención a través del seguimiento telefónico en tiempos diferentes, una posterior al fallecimiento, y otra a los cuidadores en el centro de atención durante el período en el que el proceso de deterioro de sus seres queridos se hacía marcado. Lo que permitió establecer que al igual que la atención al paciente oncológico, como a su núcleo familiar, debe ser permanente, teniendo en cuenta, que el paciente oncológico especialmente en la fase avanzada y terminal, es un paciente plurisintomático y multicambiante que requiere un enfoque integral en el cuidado, donde la familia igualmente debe ser abordada.

Los artículos revisados con una muestra total representativa permitió identificar que la intervención telefónica por parte de la enfermera oncóloga se brindó de manera individual, interpersonal y grupal; combinada con otra serie de acciones complementarias, asesorías previas, visita domiciliaria,

libro de trabajo como referencia para complementar la intervención y folleto educativo, además se pudo establecer que ésta se practicó en diferentes tiempos teniendo en cuenta que existieron tratamientos, síntomas y efectos secundarios diversos; esto permitió plantear la necesidad de una intervención programada ya que teniendo en cuenta los diferentes protocolos de quimioterapia administrados y la aplicación de radioterapia concomitante, implicó un seguimiento continuo con el fin de detectar complicaciones a tiempo.

También se puede pensar en diversas formas de brindar información y educación al paciente y/o cuidador en caso de procedimientos quirúrgicos, inicio de quimioterapia, radioterapia etc., dando información escrita al paciente, familia y posteriormente llamar a indagar acerca de dudas respecto a la información, o por el contrario que ellos llamen y confronten las dudas que tengan relacionadas con la información que se les ha proveído.

Las características definitorias de los pacientes con cáncer a los que se orientó la intervención telefónica por parte de la enfermera oncóloga son: pacientes que presentaron cáncer de(seno, cérvix, pulmón, próstata, ovario, colorrectal), pacientes que fueron sometidos a pruebas de detección temprana para cáncer de seno y colorrectal, y a tratamiento de quimioterapia, radioterapia y cirugía; presencia de efectos secundarios de los tratamientos y/o la sintomatología asociada a la patología de base(náusea, vómito, estreñimiento, diarrea, fetidez, fatiga, alopecia y hipogeusia, disuria, nicturia, hematuria, rectorragia, dolor y alteraciones de la sexualidad. Los cuales fueron intervenidos por la enfermera oncóloga de manera individual, interpersonal y grupal, la cual utilizó además acciones complementarias e hizo el abordaje en diferentes tiempos para cada individuo.

**Tabla # 4 Características sociales de los pacientes con cáncer intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga.**

#	Edad (rango)	Raza		Escolaridad			Estado Socioeconómico			Estado civil				Ubicación geográfica			Presencia Cuidador
		Blanca	Negra	N	B	U	Alto	Medio	Bajo	C	S	D	V	Ur	Ru	Sr	
1	27-77 <sup>a</sup>	-	-	-	-	+				65%	4%	25%	6%	-	-	-	-
2	24-86 <sup>a</sup>	-	-				4.3%	53.5%	42.2%								+
3	50-65 a	-	-	67%	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	+	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
7	51-81 <sup>a</sup>	+	--	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+
8	31-65 <sup>a</sup>	+	27%			+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-
11	34-66 <sup>a</sup>	+	-	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
12	49-51 <sup>a</sup>				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		-
13	17-75 <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-
14	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-		+	-	-	-

# = Artículo según tabla 2

<p><b>Estado civil:</b></p> <p>Casado (a): C.</p> <p>Soltero (a): S.</p> <p>Divorciado (a): D.</p> <p>Viudo (a): V.</p>	<p><b>Escolaridad</b></p> <p>Ninguna: <b>N</b></p> <p>Bachiller: <b>B</b></p> <p>Universitario o superior: <b>U</b></p>	<p><b>Ubicación geográfica</b></p> <p>Urbana: Ur</p> <p>Rural: Ru</p> <p>Semirural: Sr</p>
---	---	--

Respecto a la **edad** presentan los diferentes rangos de edad de los pacientes que fueron intervenidos telefónicamente, esto permite reubicar las diferentes patologías dentro del contexto edad – cáncer, ya que se tiene claro la incidencia de las patologías oncológicas en rangos específicos de edad y la importancia de enfocar el desarrollo de la intervención telefónica de acuerdo a las características individuales de los pacientes; al implementar éste tipo de atención se debe hacer una selección detallada, puesto que en pacientes mayores se debe identificar alteraciones auditivas, que limitan el acceso a la comunicación telefónica, o contar con un cuidador principal que suministre información objetiva para una intervención acorde con los requerimientos.

Con relación a la **raza**, a través del seguimiento telefónico se abordó a población de raza blanca y negra.

**Nivel de escolaridad** no hay especificación de limitaciones en la práctica de la intervención telefónica con las personas sin escolaridad o que se haga referencia a mejores resultados en los artículos que mencionan adecuada preparación en las personas intervenidas.

Referencia específica a limitantes del estudio relacionada con las características sociales de raza y educación, el artículo 11 expone, “el programa fue entregado a una pequeña muestra de participantes y necesita ser probado con una muestra más grande de pacientes con cáncer de seno, la muestra de 49 pacientes fue principalmente **de mujeres blancas y bien educadas**. Por lo tanto el programa necesita ser probado en una muestra más diversa **en raza y estado socioeconómico**”.

Haciendo referencia al estado **socioeconómico** la práctica de la intervención telefónica fue desarrollada en los grupos socioeconómicos alto, medio y bajo, sin especificidad en resultados de mejor aceptación o rechazo de acuerdo a los niveles socioeconómicos de las personas intervenidas telefónicamente por la enfermera oncóloga.

De acuerdo al **estado civil** fueron intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga, las personas casadas, solteras, divorciadas y viudas sin especificación de mayor receptividad, mejores resultados o aspectos negativos relacionados con estas características de las personas abordadas por la enfermera oncóloga a través de la intervención telefónica.

Según la **ubicación geográfica** fueron intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga personas del área urbana según los artículos (3,7,12 y 14) rural artículo (12) y semirural artículo (3), lo que permite identificar que la intervención telefónica es una alternativa para el aumento de cobertura a pacientes y como lo plantea el marco teórico BRITTON, KEEHNER, STIL & WALDEN beneficia a una gran población dispersa en una amplia región geográfica.

La intervención telefónica por parte de la enfermera oncóloga, a los cuidadores se dio, debido al compromiso del estado general del paciente, por el grado de enfermedad avanzada y en pacientes al final de la vida. Los cuidadores consideraron el “contacto telefónico como una intervención especialmente útil durante los últimos días de la vida del paciente”. Y de apoyo luego de la muerte del miembro de la familia.

Dentro de las **características sociales** de los pacientes con cáncer que fueron intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga se pudieron establecer: edad, raza, escolaridad, estado socioeconómico, estado civil, ubicación

geográfica y presencia de un cuidador. Las cuales por la diversidad que presentan y la no especificidad de resultados favorables o desfavorables de acuerdo a los grupos intervenidos, según éstas permite pensar que la intervención telefónica por parte de la enfermera oncóloga es posible a todos los grupos; tomando como referencia la edad, el marco teórico CIENCIA Y ENFERMERÍA. V.8 n.2 muestra este tipo de intervención en pediátrica y los objetivos igualmente enfocados a dar respuesta a las necesidades de guía y apoyo como acceder a una fracción de población que carece de intervenciones de enfermería.

**Tabla # 5 Característica emocional de los pacientes con cáncer que fueron intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga.**

#	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	TEMOR	PERDIDA IMAGEN CORPORAL	OTRAS
2		Mayor índice asociada al impacto psicosocial		Procedimientos mutilantes	Pérdida autoestima
4	Emocional aguda	Puede ser transitoria en la mayoría de personas mayores, pero más persistente en mujeres mayores más jóvenes			Desesperación Duelo
5	Efectos colaterales del Tto.	Depresión primaria, reducida a la terminación del programa.			Abatimiento
6	Mujeres con cáncer de seno han mostrado experimentar más ansiedad.	X	A la recurrencia Conceptos errados enfermedad y Tto.	X	Soledad
7		20.20 ± 9.25 antes de la intervención a 12.80 ± 9.57 después de ésta			Desesperanza 27.60 +- 9.25 comparado con la media de la post intervención de 24.40 ±6.35 Desorganización 17.40 ± 3.36 comparado con la media de la post-intervención de 15.00 ±5.52.
8	Que es probable que influencie la QOL				Tensión Que es probable que influencie la QOL Estrés
9	X	X			
11					Estrés 27% Frustración
12	X		X		
15	X				Tensión

# = Artículo según tabla 2



Estos resultados coinciden con la bibliografía consultada, las características emocionales del paciente con cáncer constituyen una gran variedad de aspectos comunes dentro de los cuales se destacan la ansiedad que, es referida como una manifestación emocional aguda, que se presenta como resultado de los efectos secundarios de los tratamientos, que las mujeres con cáncer de seno han demostrado experimentar más ansiedad y como la presencia del binomio tensión/ansiedad es probable que influya la calidad de vida.

La intervención telefónica busca un abordaje integral del paciente con cáncer, en la identificación de alteraciones emocionales y es así como la implementación de alternativas en la atención, permite no sólo dar solución a problemas físicos sino también emocionales, y el artículo 15 muestra como las mujeres que fueron abordadas (grupo terapéutico), por conferencia telefónica fue una vía factible y práctica para proporcionar soporte emocional a mujeres con cáncer de seno.

La depresión es una manifestación emocional, que se presenta con relativa frecuencia en los pacientes con cáncer en cualquier etapa del proceso patológico, que debe ser abordado, ya que como refiere el marco teórico es una responsabilidad del personal de salud reconocer y evaluar los problemas emocionales de los pacientes y contribuir en la consecución por parte del paciente de los recursos para enfrentarse a las exigencias de la vida.

La depresión asociada al impacto social en las mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio avanzado de la enfermedad, es considerada como la responsable de repercusiones importantes sobre la misma paciente, pareja y el ambiente social.

Además se identificó una depresión transitoria en la mayoría de personas mayores, pero que es más persistente en mujeres mayores más jóvenes y en la práctica diaria se puede observar que la depresión constituye por lo

general un proceso crónico; y cursa con ansiedad causando más limitaciones que la misma enfermedad física. Igualmente las personas abordadas telefónicamente, les fue posible reducir el nivel de depresión durante el proceso de intervención la cual fue evaluada al concluir la atención.

El temor a la recurrencia de la enfermedad se da en las pacientes con cáncer, y que éste es una causa para desencadenar la ansiedad. Igualmente hay sugerencias que el seguimiento telefónico guiado por enfermeras para personas con cáncer satisface sus necesidades de apoyo e información psicológica.

La pérdida de la imagen corporal es asociada a procedimientos mutilantes como en el caso de cáncer de cuello uterino y seno, donde se requiere practicar cirugías extensas, exanteraciones pélvicas, ostomías y en caso del cáncer de mama mastectomía. Que conllevan a desfiguraciones físicas que frecuentemente desencadenan situaciones de pérdida de autoestima y depresión.

El abatimiento, soledad, tensión y estrés constituyeron síntomas que variaron de intensidad o se asociaron a otros estados afectivos como consecuencia de la percepción consciente o inconsciente de la persona enfrentada a la pérdida de salud y que dependieron del tipo de depresión o estar asociados a situaciones particulares de la persona. Que de igual forma necesitan ser tenidos en cuenta con el fin de ser tratados a tiempo y evitar que lleguen a constituirse en problemas crónicos que interfieran con la calidad de vida del paciente.

Las principales características emocionales de los pacientes que fueron intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga, según los estudios analizados fueron: ansiedad, depresión, temor y pérdida de la imagen corporal, aunque se pueden relacionar otras que como ya se mencionó son estados asociados a la ansiedad y depresión.

## 8.2 NECESIDADES DE LOS PACIENTES CON CÁNCER A LOS QUE SE ORIENTA LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE ENFERMERA ONCÓLOGA

En todos los artículos analizados los autores refieren diferentes necesidades de los pacientes con cáncer a los que se orientó la intervención telefónica (Tabla #6)

Se pudo establecer necesidades de **comunicación**, donde la intervención telefónica de la enfermera oncóloga, estuvo enfocada a cubrir deficiencias de **información**, a dar **apoyo y orientación**.

Respecto a la intervención telefónica para dar información, es referida como una necesidad por parte del paciente de una asesoría básica sobre los medicamentos de Quimioterapia, efectos colaterales potenciales, y medidas para aliviarlos, que fue el abordaje hecho durante la intervención telefónica; además este mismo artículo expone “las enfermeras oncólogas encaran el reto de ofrecer una cantidad abrumadora de información en una cantidad limitada de tiempo”; donde la intervención telefónica permite abordar de forma individual al paciente para explorar y aclarar dudas.

Informar sobre síntomas a las pacientes, “esta información pudo haber contribuido a disminuir la confusión”, esto confirma que, cuando el paciente tiene conocimientos es más fácil y práctico su participación activa en el cuidado y el manejo de la situación, siendo más familiar para el paciente sin que le provea tanto estrés y sentimientos de incapacidad.

**Tabla # 6 Necesidades de los pacientes con cáncer a los que se orientó la intervención telefónica de la enfermera oncóloga.**

#	COMUNICACIÓN	AUTOCUIDADO	SEGUIMIENTO
1	Las enfermeras oncólogas encaran el reto de ofrecer una cantidad abrumadora de información básica sobre los medicamentos de Qtx., efectos colaterales potenciales, y medidas para aliviarlo, en un tiempo limitado.	Medidas de autocuidado orales y escritas para efectos colaterales específicos mejoran el uso y eficacia de las medidas de autocuidado para aquellos que tienen limitaciones en el autocuidado.	
2	Orientación organización flia., cuidado, acompañamiento de la enferma	Indicaciones para el cuidado de la pte, por parte del cuidador.	Se efectuó por vía telefónica, haciéndose 1 a 65 llamadas a cada pte. durante todo el proceso de atención.
3			Recaptación
4	Información y permitir a los miembros de la flia hacer preguntas Ofrecer un ambiente de apoyo	Retroalimentación sobre el cuidado	
5		Educación cuidado paciente-flia.	Adherencia
6	Apoyo vital a Ptes. vulnerables Suministro información antes, durante y después del Tto. Pte-flia.	Continuidad del cuidado Poncia y cols (2000) Contacto evaluar tipo de cuidado recibido en el hogar, nivel actual discapacidad. Nelly y cols. Promover autocuidado	Adherencia. Poncia y cols (2000) Entendimiento, cumplimiento Tto. Prescrito.
7	Información acerca del cuidado		
8	Soporte y educación		
9	Información y consejería interpersonal		
10	Asesoría antes, durante y después del Tto. Apoyo después Tto. Rtx	(Rose y cols )Identificación de síntomas	
11	Soporte educador		
12	Información y educación	Requerimientos flia y pte. manejo ambulatorio Identificación de complicaciones tempranas	
13			Contacto diario para evaluar síntomas, cumplimiento y eficacia esquema terapéutico.
14	Solución preguntas Incitar a completar la prueba		Adherencia
15	Informar a las mujeres acerca de los síntomas	Reforzando estrategias de autocuidado Focalizando en los aspectos objetivos cuidado	

**#= Artículo según tabla 2**

También se expone el suministro de información antes, durante y después del tratamiento al paciente y la familia, que es una política en cuidado de salud que apoya la necesidad de mejorar éste aspecto. (Estrategia de información de cáncer departamento de salud 2000), y que es una necesidad sentida en la práctica diaria y que por tanto se deben buscar alternativas de comunicación para brindar al paciente una información sencilla y clara que contribuya a reforzar su confianza y seguridad.

En la práctica clínica, se observa que las mujeres que se someten a una mastectomía acostumbran a expresar una gran necesidad de informaciones respecto a los cuidados indispensables después de la cirugía”. pero en realidad se presenta en todas las personas que son sometidas a cualquier tipo de intervención quirúrgica y con mayor razón en los pacientes oncológicos, lo que lleva a pensar que no se deben dejar lagunas en éstos y se deben aclarar todas las dudas relacionadas con alimentación, cuidado de heridas, desempeño sexual, viajes y otras que de forma muy individual surgen y teniendo en cuenta que en ocasiones éstas cosas sencillas tienen una gran implicación en los resultados que se esperan o en la vida de los pacientes; se deben identificar éstas necesidades y buscar alternativas como la intervención telefónica para un abordaje integral del paciente en todos los ámbitos de atención.

La necesidad de información relacionada con el cuidado, hace referencia a los cuidadores que proveían cuidado a sus familiares en un hospicio y estaban preparados para discutir los tópicos de cuidado durante las llamadas telefónicas; por lo que se puede precisar que cuando se brindan alternativas para la prestación de un atención integral los usuarios son receptivos y esto contribuye al bienestar del paciente que es lo que realmente debe importar y máximo se deben buscar estas opciones cuando se cuenta con la disposición

y apoyo de la familia para la atención del paciente en ambientes diferentes al de una institución de salud.

Con relación al **apoyo**, el seguimiento telefónico ha sido seleccionado como una manera de ofrecer apoyo a los pacientes con cáncer (Cox & Wilson) a través de un apoyo estructurado y de retroalimentación; y es donde las enfermeras especialistas dentro del campo del cáncer, han usado el método telefónico de seguimiento como una manera de **apoyar** a los pacientes después del tratamiento con radioterapia e identificando síntomas físicos problemáticos (Rose y cols 1996).

El **soporte educador**. A través de conferencia telefónica, combinada con educación en el manejo del estrés, fue una vía factible y práctica para proporcionar **soporte** a mujeres con cáncer de seno”.

La **orientación** hace referencia a las indicaciones de la organización familiar del cuidado y acompañamiento a la paciente con cáncer de cérvix, en el ámbito domiciliario para fomentar la calidad de vida.

Enfermería en su función de educadora, informa, apoya y orienta al paciente y cuidador principal, lo cual se puede aplicar en la intervención telefónica, teniendo siempre en cuenta las necesidades individuales del paciente oncológico.

Con relación a las necesidades de **autocuidado** son referidas, ya sea por parte del paciente o del cuidador, donde las implicaciones para enfermería fueron evaluar las acciones de autocuidado de los pacientes antes de la Qtx.; por lo que recalca la importancia de valorar las capacidades y/o déficit que tiene el paciente para su propio cuidado y más en esta situación específica de un tratamiento complejo que requiere la participación del individuo en su autocuidado a nivel domiciliario. Este mismo artículo señala “un paciente que se compromete a autocuidarse debe ser capaz de observarse a sí mismo,

reconocer los síntomas, determinar la gravedad y elegir los métodos apropiados de tratamiento" (Levine).

Esto precisa la implicación que tiene el papel de enfermería en la selección de los pacientes candidatos a un programa de intervención telefónica, los cuales no todos son aptos teniendo en cuenta sus capacidades o los recursos necesarios como sería el caso de un cuidador. El art. 6 también apunta a estos tópicos donde Poncia y cols (2000) determina la importancia del contacto del personal de enfermería que ofrece la intervención para evaluar el tipo de cuidado recibido en el hogar y el nivel actual de discapacidad que puede interferir en la satisfacción de las necesidades que presenta el paciente.

La necesidad de diseñar intervenciones de cuidado individuales inmediatamente después de la cirugía, para reducir las alteraciones emocionales y aumentar el funcionamiento". Lo que establece la participación del personal de enfermería en la evaluación conjunta del paciente y la determinación de los recursos con que éste cuenta para desarrollar el plan de cuidados individualizados de acuerdo a las necesidades identificadas que conlleven a la satisfacción de éstas y a promover el máximo funcionamiento del individuo en todos sus aspectos. Esto también permite precisar que a través de la intervención telefónica es necesaria la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Las necesidades de autocuidado del paciente oncológico que fue intervenido telefónicamente por la enfermera oncóloga, estuvieron proyectadas a la individualización de los pacientes y cuidadores, en la determinación del déficit en la capacidad de suplir necesidades y permite precisar lo indispensable que es para enfermería, realizar una adecuada valoración para establecer planes de acción enfocados a promover el bienestar integral del paciente, lo cual se puede hacer complementando la intervención telefónica

con otras medidas alternas como las escritas para la retroalimentación y reforzamiento de pautas a los individuos que tienen limitaciones de autocuidado.

Respecto a las necesidades de **seguimiento**, son expuestas durante todo el proceso de atención, recaptación, adherencia y cumplimiento.

La recaptación, como seguimiento a pacientes que fueron candidatos a pruebas de tamizaje, lo que permite pensar que el seguimiento telefónico juega un papel importante en la ubicación del paciente en caso requerir atención oportuna por resultados anormales y cumplimiento.

Ante la necesidad de un seguimiento para la adherencia al tratamiento, como posibilidad de abandono por toxicidad de los tratamientos y/o hospitalizaciones, como consecuencia de complicaciones, permite comprender la vulnerabilidad de la población con cáncer, que requiere de todas las opciones de seguimiento con el fin de identificar complicaciones, minimizar alteraciones y garantizar la terminación de los tratamientos por parte del equipo de salud que brinda la atención, ya que esto tiene gran repercusión en la posibilidad de curación de la enfermedad, o por el contrario riesgo de recaída y mayor compromiso sistémico y de paso emocional para el paciente.

Igualmente se pudo establecer que luego de cualquier tratamiento por cáncer, a la mayoría de pacientes se les ofrece alguna forma de seguimiento, esto usualmente toma la forma de vigilancia de paciente externo y monitoreo". Igualmente la revisión muestra que los servicios de seguimiento guiados por enfermeras son aceptables, apropiados y eficaces, esto hace pensar en un gran campo que no está completamente explotado en nuestro país y esta referencia permite tomar pautas para que el personal de enfermería, con bases sólidas y fundamentadas diseñe una intervención telefónica objetiva en su campo de acción.



También se pudo establecer que el seguimiento telefónico parece tener potencial uso en el suministro de nuevos servicios a los pacientes con cáncer. Lo que permite plantear la necesidad de desarrollar este potencial al servicio de los pacientes en la búsqueda de una atención oportuna y de calidad, determinando la individualidad del paciente y/o grupo familiar, explorando las capacidades individuales y colectivas para que sean utilizadas de la mejor forma posible en beneficio del paciente.

El seguimiento telefónico, aplicado a pacientes ambulatorios a quienes se les instauró un tratamiento analgésico, fue necesario para determinar oportunamente el cumplimiento, la eficacia y la presencia de efectos colaterales del mismo, con el fin de tomar las medidas necesarias y garantizar el control del dolor y el bienestar del paciente, lo que permite establecer que al igual que la atención directa, la intervención telefónica requiere un compromiso en el seguimiento, con el fin de proveer al paciente de los recursos necesarios para que alcance bienestar.

Las necesidades de seguimiento identificadas, del paciente con cáncer a quien se orientó la intervención telefónica por parte de la enfermera oncóloga; en esta revisión están enfocadas a promover la adherencia, el cumplimiento de los tratamientos, las pruebas de diagnóstico temprano y los controles, a través de un contacto telefónico oportuno.

De manera general, las necesidades de los pacientes con cáncer a quienes se orientó la intervención telefónica de la enfermera oncóloga, identificadas en la revisión documental están enfocadas a las necesidades de **comunicación** orientada ésta a brindar información, apoyo y orientación; necesidades de **autocuidado** en el paciente y/o cuidador enfocadas por parte del personal que brindó la intervención a reforzar educación y estrategias de autocuidado al paciente y familia, retroalimentación sobre el cuidado, identificación de las fallas al evaluar el cuidado ofrecido e

identificación de complicaciones tempranas y necesidades de **seguimiento**, donde se consideró la necesidad que tienen todos los pacientes con cáncer a cualquier forma de monitoreo por los miembros del equipo de salud para garantizarles adherencia a los tratamientos instaurados, identificación de problemas de forma temprana y seguimiento a cumplimiento a controles programados.

### **8.3 VENTAJAS, DESVENTAJAS Y REQUISITOS DE LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE LA ENFERMERA ONCÓLOGA AL PACIENTE CON CÁNCER.**

Existen algunas coincidencias con los autores del marco teórico en las ventajas y desventajas que presenta la intervención telefónica; respecto a los requisitos encontrados en los artículos analizados no son tenidos en cuenta en el marco teórico.

#### **8.3.1 Ventajas de la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer**

Según los autores de los artículos revisados la intervención telefónica presenta ventajas que redundan en beneficio del paciente y de las instituciones que prestan los servicios de salud, (Tabla # 7).

La mayoría de autores coinciden en las ventajas **costo- eficacia** de la intervención telefónica. A realizarse ésta como complemento a las visitas domiciliarias, facilitando la estadía del paciente en su hogar, proporcionando un ambiente cálido y conocido, mantenimiento del rol social y familiar, disponibilidad de tiempo, intimidad, permitió el deceso en casa, lo que favoreció la comunicación, despedida y acompañamiento, así como menor costo para los sistemas de salud ya que disminuye el número de hospitalizaciones, días cama e ingresos al servicio de urgencias y terapia intensiva, lo que además repercute en mayor beneficio social, ya que para la familias disminuyen los gastos por transporte, alimentación y hospedaje. La

intervención telefónica se realizó a través de seguimiento telefónico en promedio de 25 llamadas telefónicas por paciente.

Faithfully cols (2001) defiende a las enfermeras especialistas como un recurso importante y con una buena relación **costo-eficacia** en el cuidado de pacientes con cáncer de próstata. Ahorro de costos al permitir desplegar el talento y experiencia de cada miembro del equipo humano más eficazmente.

La satisfacción con el servicio guiado por la enfermera fue mayor que con el cuidado convencional, y los costos se redujeron en un 31%. Además Los autores concluyeron que el sustituir el cuidado de teléfono por visitas clínicas seleccionadas **redujo el uso de servicios médicos**, y ellos tentativamente sugirieron que el contacto incrementado a través del cuidado telefónico puede mejorar el estatus de salud y reducir la mortalidad.

Los pacientes objeto del estudio refirieron ventajas como: **ahorro de tiempo**. La mayoría de pacientes comentó, sobre la conveniencia de poder tomar una llamada en casa para discutir su progreso luego del tratamiento. Hubo un sentimiento expresado comúnmente de que el seguimiento telefónico era una buena manera de ahorrar tiempo (reducir la necesidad para los pacientes de viajar largas distancias hasta el hospital y tener que esperar en el área de pacientes externos; ahorro tiempo para los médicos quienes podrían ver a los pacientes más “necesitados” reduciendo tiempos de espera para las citas hospitalarias.

**Conveniencia.** Menos estresante hablar desde el hogar que en el hospital, sin esperar, es relajado, lo suficiente para pensar que decir, es amistoso y conveniente por la mayor confianza al poder hablar libremente, solución de barreras geográficas y de horario, proporcionando mayor comodidad.

Algunos autores citan como ventaja la **innovación**, en la prestación de los servicios del personal de enfermería como estrategia para mantener contacto con un grupo grande de usuarios, otra forma de promoción de los servicios, por lo que un adecuado diseño de nuevas estrategias facilita la creación de alternativas que conduzcan a una atención oportuna y con calidad.

Por lo que se puede precisar, que en conjunto los hallazgos predominantes en las ventajas ofrecidas por el seguimiento telefónico son: costo-eficacia (conveniencia, ahorro de tiempo, reducción en el uso de servicios médicos, entre otros) y la alternativa de desarrollo de nuevas opciones de intervención (innovación), por parte del personal de enfermería en la búsqueda de dar continuidad a la atención del paciente.

### **8.3.2 Desventajas de la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer**

Dentro de las desventajas identificadas en la revisión documental Tabla (#7), hay algunas específicas que igualmente son referidas son referidas en el marco teórico. Renuencia al uso del teléfono por la percepción de **dificultad en el establecimiento del vínculo** art. (8), y preferencia por la atención directa art. (11).

El marco teórico muestra que “hay consideraciones que hacen la intervención telefónica menos eficiente y a veces inconveniente al presentar el interlocutor como no paciente, es sólo intermediario de la comunicación, lo cual hace más difícil la entrevista, no existe la posibilidad de corroborar los síntomas con el examen físico, sólo puede hacerse anamnesis, desaparece el significado de la comunicación no verbal como los gestos, posturas y actitudes que tienen una importancia más precisa que la de las palabras” VELASQUEZ GAVIRIA ,O. (1999).

En esta revisión documental se observó, que **resistencia al uso de la intervención telefónica**, en algunas ocasiones se presenta por parte del

Personal médico. “Los médicos pueden ser renuentes a usar el teléfono, percibiendo que el vínculo es más difícil de establecer” de igual forma se puede presentar por parte del paciente que en la mayoría de casos se sienten más satisfechos cuando son examinados, lo que les brinda mayor confianza, pero ante una consulta a distancia pueden considerar que no es la mejor opción de ser abordados por el personal de salud, lo que está directamente relacionado con la preferencia de una atención directa (de 49 de las usuarias del programa, 7 de las participantes, prefirieron las intervenciones directas a la telefónica).

Otra desventaja que se encontró fue el **enrolamiento tardío** al programa de intervención telefónica, teniendo en cuenta que fue un soporte a cuidadores de pacientes con cáncer en etapa avanzada, lo que representó problema para pacientes, familiares cuidadores y los que ofrecieron la intervención, debido al poco tiempo para completar la este proceso antes de la muerte del paciente.

La **decepción** se produjo cuando la enfermera no llamó. Varios autores dejan ver la importancia de la llamada ya que ésta, determinaba el impacto de soporte de la intervención telefónica durante el duelo posterior a la muerte de un miembro de la familia, al no cumplir lo que se había programado, generó sentimientos negativos, teniendo en cuenta la situación vivida por el cuidador hace pensar en mayores necesidades que debían ser satisfechas por parte del equipo de salud al familiar sobreviviente.

En síntesis las desventajas de la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer, identificadas en la revisión documental fueron: Renuencia al uso del teléfono por la percepción de dificultad en el establecimiento del vínculo, preferencia por la atención directa, enrolamiento

tardío en el programa de intervención y la decepción generada al no recibir la llamada.

### **8.3.3 Requisitos de la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer.**

Los autores de los artículos revisados refieren una variedad de requisitos necesarios para la intervención telefónica, dentro de estos requisitos se encuentran art. (1), **evaluación continuada** de la intervención telefónica, ya que los resultados del estudio mostraron mejorar el uso y eficacia de las medidas de auto-cuidado para aquellos que tienen limitaciones de auto-cuidado. Lo que constituye un hallazgo relevante y permite determinar que como todas las otras acciones que se utilizan en la atención de los pacientes necesitan una evaluación continua, que las haga dinámicas, con el fin de transformar lo que día a día se aplica y que no se convierta en una situación estática; sino que por el contrario, se establezca como un proceso que día a día permita mejorar la atención y se logre generar cambios en beneficio para la calidad de vida de los pacientes con cáncer y su familia.

Los artículos (2 y 12), proponen la importancia de que la intervención telefónica, sea un **complemento** de otras acciones encaminadas a la atención del paciente con cáncer, que coincide con lo expuesto por (Rice R.), “el teléfono se ofrece como medio para extender la cobertura de los servicios de cuidado en casa y fomentar el trabajo entre la enfermera y el paciente para prevenir hospitalizaciones innecesarias que debe usarse como complemento y no reemplazar las visitas domiciliarias”

Por otro lado los artículos analizados hacen referencia al **entrenamiento, conocimiento, habilidades y fundamentación**, que debe tener o adquirir el personal que realiza la intervención telefónica; específicamente el artículo (6) presenta “el conocimiento y las habilidades de las enfermeras son muy importantes al realizar la llamada telefónica, y es esencial para que sean

capaces de dar asesoría y asistencia inmediata” (Sardell y cols 2000). Esto permite precisar que al igual que la atención directa, tiene implicaciones éticas y legales, teniendo en cuenta que se trabaja con personas, no se puede dar lugar a improvisaciones por lo que se deben establecer objetivos concretos siempre que se desarrolle este tipo de intervención, que aunque parezca sencilla y fácil de realizar requiere conocimiento para el desarrollo de atención con calidad y no tenga lugar a cuestionamientos de ninguna índole, porque el conocimiento es un aspecto inherente a las funciones de la profesión y constituye un requisito para la práctica de enfermería en cualquier ámbito.

Otro requisito para la práctica de la intervención telefónica presenta la **privacidad**, que igualmente es inherente a toda forma de atención a pacientes por cualquier persona del equipo de salud; no se puede exponer la integridad de los pacientes en ningún momento, determinándose ésta al instante del contacto telefónico como a través de los registros que se hagan como producto de la misma, en el desarrollo de la profesión en salud el prestador del servicio debe tener la capacidad de garantizar la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente, que no es ajena a ninguna forma de atención .

En síntesis los requisitos para la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer, encontrados en la revisión documental son: evaluación continuada de la intervención telefónica, que sea complemento de otras intervenciones, que el personal de enfermería tenga entrenamiento, conocimiento, habilidades y fundamentación garantizando la privacidad de los pacientes.





**Tabla # 7 Ventajas, desventajas y requisitos de la intervención de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer.**

#	Ventajas	Desventajas	Requisitos
1			La intervención telefónica amerita una evaluación continuada.
2	Como complemento para la atención domiciliar de los ptes. en estado avanzado permite: Permanencia en ambiente conocido, disponibilidad de tiempo e intimidad. Menor costo para los sistemas de salud (disminuye número de hospitalizaciones, días cama e ingreso al servicio de urgencias y terapia intensiva) Mayor beneficio social ya que para las familias disminuyen los gastos por transporte, alimentación y hospedaje.		Complemento de otras acciones, promedio 5 visitas domiciliarias y seguimiento telefónico promedio 25 llamadas
4		Decepción cuando la enfermera no llamó	
5			Entrenamiento de las enfermeras que estaban suministrando la intervención.
6	Mantener contacto con un grupo grande de Ptes. Faithfull y cols (2001) Enfermeras especialistas como un recurso importante y buena relación costo-eficacia en el cuidado Ptes Ca. Próstata. Reducción uso servicios médicos Keeling&Dennison (1995) la intervención telefónica es capaz de identificar problemas tempranos antes de que surjan crisis Desarrollar servicios innovadores Wasson y cols Tentativamente sugirieron que el contacto aumentado a través del teléfono puede mejorar el estatus y reducir la mortalidad.		Aarons y cols Enfatizando capacidad de reforzar y aclarar información compleja. El conocimiento y habilidades de la enfermera son muy importantes al realizar la llamada telefónica.
7	Hablar libremente	Enrolamiento tardío en el centro de cuidados	
8	No existe barrera de viajes, fatiga que obstaculice la participación.	Renuencia uso del teléfono por la percepción dificultad establecimiento vínculo	Privacidad
9	El teléfono puede ser un método innovador y efectivo para la entrega de intervenciones		Entrenamiento adicional en la práctica avanzada del rol del enfermero
10	Conveniencia y ahorro de tiempo: Ahorro de gastos Ahorro tiempo para los médicos quienes podrían atender a los ptes más necesitados. No hay problemas de parqueo, manejar a través de la ciudad Es más amistoso, por tanto se habla más fácil Reducción significativa visitas hospitalarias		
11	Solución barrera horario	Preferencia atención directa	Acciones fundamentadas no improvisadas e individualizadas
12	Brindar a la paciente mayor confianza, seguridad, en si misma para que acepte el manejo ambulatorio.		Interaccionando otras medidas como complemento del seguimiento
14	Estrategia conjunta para promocionar análisis diagnóstico de CRC		
15	Desarrollar otras intervenciones innovadoras		Redireccionar la atención y localizarla en objetivos concretos

#= Artículo según tabla 2



## 9. CONCLUSIONES

Enfermería oncológica ofrece al paciente con cáncer, intervención telefónica de seguimiento, para suplir necesidades individuales debido a sus características muy particulares, al mismo tiempo que promueve su participación activa en el cuidado y la búsqueda en el mejoramiento de la calidad de vida tanto del individuo enfermo como del grupo familiar.

Las características definitorias de los pacientes con cáncer a los que se orientó la intervención telefónica por parte de la enfermera oncóloga fueron : las patologías oncológicas que cursaban (seno, cérvix, pulmón, próstata, ovario, colorrectal y enfermedades hematológicas); los tratamientos específicos instaurados para cada caso en particular y pruebas de detección temprana para cáncer de seno y colorrectal, así como los efectos secundarios de los tratamientos y/o la sintomatología asociada a la patología de base que presentaron (náusea, vómito, estreñimiento, diarrea, fetidez, fatiga, alopecia, hipogeusia, disuria, nicturia, hematuria, rectorragia, dolor y alteraciones de la sexualidad, orientando un seguimiento telefónico continuado con el fin de reducir al máximo y lo antes posible complicaciones.

Dentro de las características sociales de los pacientes con cáncer, que fueron intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga, se encontraron: edad, raza, escolaridad, estado socioeconómico, estado civil y la presencia de un cuidador principal, lo que permite establecer que en el seguimiento telefónico se debe determinar muy bien el perfil de las personas que van a ser incluidas en este tipo de programas, ya que no todos los pacientes son candidatos a éstos.

Las características emocionales que presentaron los pacientes con cáncer que fueron intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga fueron: ansiedad, depresión, temor, pérdida de la imagen corporal, desesperación y tensión.

Una de las necesidades de los pacientes oncológicos que fueron intervenidos telefónicamente por la enfermera oncóloga, fue la comunicación cumpliendo ésta, los objetivos de informar, orientar y apoyar, por parte del personal de enfermería.

La necesidad de autocuidado detectada en el análisis de los artículos, determinó la contextualización de la intervención, generación de procesos participativos y el desarrollo de habilidades individuales y colectivas.

La necesidad de seguimiento identificada abordó cumplimiento de regímenes terapéuticos, controles programados y adhesión a tratamientos.

Las ventajas identificadas de la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer, estuvieron encaminadas a mejorar la calidad de vida al disminuir el riesgo de complicaciones, facilitar la estancia en su domicilio, evitar desplazamientos innecesarios y posibilitar que las personas que realmente requieran el servicio de atención directa, puedan ser abordados por el personal de salud. Lo que representó conveniencia para el paciente, eficacia y disminución de costos tanto para el paciente como para las instituciones prestadoras de servicios.

Otra ventaja que presentó la revisión documental fue la utilización de alternativas diferentes a la asistencia directa por parte del personal de enfermería oncológica.

Las desventajas identificadas fueron: la dificultad en el establecimiento del vínculo médico - paciente, incumplimiento por parte del personal de salud en la realización del contacto telefónico, preferencia por la atención directa por parte del usuario y el ingreso de los participantes de forma tardía al programa de intervención telefónica establecido.

Los requisitos para la intervención telefónica de la enfermera oncóloga al paciente con cáncer, identificados en la revisión documental fueron:

- Evaluación continuada de la intervención
- Conocimiento, entrenamiento, acciones fundamentadas y habilidad de quien desarrolla la intervención, lo que representa necesidad de preparación para el desempeño en esta área.
- La interacción con otras medidas que complementen el seguimiento, ya que no es una intervención única.

La intervención telefónica constituye una alternativa ágil, eficiente y eficaz en la atención del paciente con cáncer, al complementar la atención en el domicilio, permitir consultar cualquier duda, ayuda a los pacientes y a sus familiares a la solución de los interrogantes que pueden surgir, así como contribuir a reforzar su confianza y seguridad.

La posibilidad de disponer de la tecnología en los sitios de trabajo al servicio de los pacientes, constituye un compromiso para el personal de salud en la búsqueda de alternativas para la prestación de una mejor y oportuna asistencia.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo General de Enfermería de España
2. [http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1096612865252&id=1161329464189&pagename=SiteCGE/Noticia/TplNoticia\\_cge&c=page&tip o=Noticia](http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1096612865252&id=1161329464189&pagename=SiteCGE/Noticia/TplNoticia_cge&c=page&tip o=Noticia)
3. RICE R. Telecaring in home care: making a telephone visit. *Geriatr Nurs.* 2000. Jan-Feb 21 (1):56.
4. PAL B. Tele-rheumatology: telephone follow-up and ciberclinic. *Comput Methods Program Biomed*, 2001, Mar 64(3): 189-95
5. OZUAH PO. A needs assesment for establishing an alter-hour telephone medicine curriculum *Arch pediatric Adolesc Med* 2001; Jul 155(7):856-7.
6. (*Stroke*. 2003; 34:7.) 2003 American Heart Association, Inc.
7. Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2007. Oxford
8. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0227.pdf>
9. *Ciencia y Enfermería*. v.8 n.2 Concepción dic. 2002
10. VELÁSQUEZ Gaviria, O. (1999). "La consulta médica por teléfono"
11. [versión electrónica]. *Revista Colombiana de Pediatría*, 35 (4).
12. *Rev. Salud pública*. 7(1):89 -98, 2005 [versión electrónica]
13. Fundación Biblioteca Josep Laporte. Necesidad y Demanda del
14. *Paciente Oncológico* 24-11-03 //
15. *Oncología (Barc.)* v.28 n.3 Madrid mar. 2005
16. Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad. Versión electrónica
17. HOWK C, Brophy G, Carey E, Noll J, Rasmussen L, Searcy B, et al. *Enfermería psicodinámica*. En: Marriner Tomey A, Alligod MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp. 335-350. [http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza\\_Jean\\_Watson](http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson)
18. *Psicosociología*. Vol. 1, Núm. 1, 2004, pp. 155-164

19. ASTUDILLO W. Mendinueta C. Como ayudar a la familia del paciente terminal.
20. COLLIERE MF. *Promover la vida* Madrid: Interamericana; 1993:385.
21. <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>
22. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (SEMERGEN), Ed. Doyma. Volumen 29 - Número 03 p. 157 - 163
23. Unión internacional de telecomunicaciones Comisión de estudios 2. Aplicación de las telecomunicaciones a la salud
24. Britton, Keehner, Still & Walden 1999... Adaptado de OMS, 1999.
25. Medicina Siglo XXI
26. Teleenfermería [http://www.icn.ch/matters\\_telenursingsp.htm](http://www.icn.ch/matters_telenursingsp.htm)
27. <http://www.internacion-domiciliaria.medihomesalud.com.ar/rehabilitacion.asp?domiciliaria=cuidados-enfermeria>
28. [domiciliaria.medihomesalud.com.ar/rehabilitacion.asp?domiciliaria=cuidados-enfermeria](http://www.internacion-domiciliaria.medihomesalud.com.ar/rehabilitacion.asp?domiciliaria=cuidados-enfermeria)
29. Morales Asencio, JM (2001) "Una dimensión enfermera: los telecuidados" artículo ASANEC.EASP. Granada- España.
30. <http://www.psicopedagogia.com/definicion/orientacion%20psicosocial>
31. AMD Telemedicine <http://www.amdtelemedicine.com>
32. CIE. (2000) "Teleenfermería" <http://www.icn.ch/mattersp.htm>
33. Milholland Hunder Kathleen ( 2001) Monografía "Normas y Competencias Internacional del Profesional en los programas de Teleenfermería" Consejo Internacional de Enfermeras , Ginebra -Suiza
34. OMS (1998) <http://www.who.ch>
35. <http://teleenfermeria.iespana.es/teleenfermeria>
36. [http://www.tesisenxarxa.net/TESIS\\_UB/AVAILABLE/TDX-0222106-133145//02.RVM\\_PARTE\\_I.pdf](http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0222106-133145//02.RVM_PARTE_I.pdf)
37. [http://www.eves.san.gva.es/biblioteca/estudiosparalasalud/eps\\_16.pdf](http://www.eves.san.gva.es/biblioteca/estudiosparalasalud/eps_16.pdf)

38. Home hospitalization for patients with acute illnesses Pan American Health Organization (PAHO)
39. [http://www.fundaciongsr.es/pdfs/ei\\_salud.pdf](http://www.fundaciongsr.es/pdfs/ei_salud.pdf)
40. <http://www.elglobal.net/articulo.asp?idcat=503&idart=260604>
41. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13056085>
42. <http://www.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13071043>



**A N E X O D E  
FICHAS DESCRIPTIVO  
ANALÍTICAS**

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°1

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO:	An intervention to increase use and effectiveness of self-care measures for breast cancer chemotherapy patients Una intervención para incrementar el uso y eficacia de las medidas de auto-cuidado para pacientes en quimioterapia por cáncer de seno. Breast cancer-Chemotherapy side effects –Self-care agency- Self-care measures.		
PALABRAS CLAVE:	Cáncer de seno- Efectos secundarios quimioterapia, agencia del autocuidado, medidas de autocuidado.		
MEDIO DE PUBLICACION:	Cancer nurs 22 (4) pp312-319		
AUTORES:	Ruth B. Craddock; Paulette F. Adams; Wayne M. Usui, Laura Mitchell		
PAISES:	Área metropolitana del suroeste de Estados Unidos.	AÑO DE PUBLICACION:	1999
		IDIOMA:	INGLES

#### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

TIPO DE DISEÑO:	Estudio cuasi experimental
ENFOQUE:	Cualitativo
MUESTRA:	48 mujeres
ESTADISTICA EMPLEADA:	Inferencial
INTERPRETACION DE DATOS:	6 Identificación de <i>esquemas teóricos</i> más amplios Se hizo la teoría que la intervención de enfermería de una llamada telefónica y medidas de auto-cuidado orales y escritas para efectos colaterales específicos mejorarán el uso y eficacia de las medidas de auto-cuidado para aquellos que tienen limitaciones de auto-cuidado.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

APORTES:	Los tratamientos de quimioterapia para pacientes con cáncer son suministrados usualmente en el entorno de pacientes ambulatorios. Las enfermeras oncólogas encaran el reto de ofrecer una cantidad abrumadora de información básica sobre los medicamentos de la quimioterapia, efectos colaterales potenciales, y medidas para aliviar los efectos colaterales en una cantidad limitada de tiempo. El cambio de administración de QTx. del paciente interno al paciente externo pasa la responsabilidad del manejo de efectos colaterales de los proveedores de cuidados de salud a los pacientes y sus familias. 48 mujeres con cáncer de seno etapa I o II, rango de edad 27 a 77 años, con buena educación, status socioeconómico alto, 80% vivían con sus familias, 65% casadas, 67% recibían ciclofosfamida, metrotexate y fluorouracilo. La incidencia y gravedad de los cinco efectos colaterales de ocurrencia más común para los grupos experimental y control fueron similares, (fatiga, pérdida cabello, cambios gusto y olor). Las Enfías de Qtx. Dieron cuidado estándar a todos los ptes., incluyendo un programa de
----------	--

	<p>Admón. de Qtx., una explicación con respecto a los posibles efectos colaterales del Tto. E intervenciones comunes a usar para aliviar los síntomas de efectos colaterales, más copia de la Qtx y tu: una guía y una copia del instrumento ESCQ para usar durante la <b>entrevista telefónica</b>, realizada entre los días 3 y 6 después del 2, 3 y 4 Tto. De Qtx. Identificó cualquier efecto colateral, evaluó la gravedad y discutió las medidas de autocuidado usadas para aliviar los efectos colaterales y su eficacia, e identificó la fuente de información del sujeto.</p> <p>Las tres medidas de auto cuidado más comúnmente usadas por el grupo experimental para fatiga fueron: tomar siestas y reposar, dormir más, y usar cafeína. Para el grupo control: tomar siestas, descansar, caminar y ejercicio.</p> <p>La mayoría de los sujetos en los grupos experimental y control usaban peluca y evitaban el calor, rulos, permanentes, y productos para el cabello que contuvieran alcohol para minimizar la pérdida del cabello. La medida de auto cuidado usada más comúnmente por el grupo experimental para los cambios de sabor y olor de la comida fue, boca y dientes limpios. El grupo control usó chicles, dulces o mentas. Las medidas para tratar las náuseas por el grupo control fue tomar el medicamento prescrito, mientras el grupo experimental cambiaron sus dietas, tomaron el medicamento prescrito o ambas.</p> <p>De acuerdo con Levine, un paciente que se compromete en auto-cuidado debe ser capaz de observarse a sí mismo, reconocer los síntomas, determinar la gravedad de los síntomas, y elegir los métodos apropiados de tratamientos de los síntomas.</p> <p>La intervención telefónica amerita una evaluación continuada ya que los resultados del estudio mostraron mejorar el uso y eficacia de las medidas de auto-cuidado para aquellos que tienen limitaciones de auto-cuidado.</p>
--	--

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°2

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas.	
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Cáncer Cervico-uterino avanzado, cuidados paliativos, síntomas asociados, manejo domiciliario, fase Terminal, calidad de vida.	
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Revista del Instituto Nacional de Cancerología Vol. 46 Núm.1 pp. 10-16	
<b>AUTORES:</b>	Silvia Allende Pérez, Celina Castañeda de la Lanza, Paula Flores	
<b>PAISES:</b> México	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> Enero –Febrero 2000	<b>IDIOMA:</b> Español

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Respectivo
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>MUESTRA:</b>	230 pacientes
<b>ESTADISTICA EMPLEADA:</b>	Descriptiva e inferencial
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	Nivel de interpretación 5 Da explicaciones al fenómeno del seguimiento telefónico en un programa de atención domiciliaria como aspecto fundamental para brindar la mayor calidad de vida posible en los enfermos y sus familias; al estar el paciente con enfermedad avanzada en un ambiente cálido y conocido, manteniendo el rol social y familiar.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>Los cuidados paliativos en las pacientes con cáncer cervicouterino se deben brindar tempranamente en las pacientes ya que la mayoría de las pacientes son detectadas en estadios avanzados de la enfermedad y son portadoras de una complejidad de síntomas de difícil manejo y de impacto múltiple que afecta de forma global su calidad de vida (físico, psicológico, emocional, familiar, social y económico).</p> <p>Rango edad de 24 a 86, nivel socioeconómico fue bajo en 42.2%, medio bajo en 32.1%, medio en 14.3%, medio alto en 7.1 % y alto en 4.3%.</p> <p>Se manejó terapia paliativa oncológica adicional durante el proceso de atención por condiciones específicas en el 17.3%. La cirugía con fines paliativos se utilizó en el 6.3% (5.5% colostomía, 0.4% nefrostomía percutánea y 0.4% exenteración pélvica), ocasionando alteraciones en la imagen corporal y autoestima: quimioterapia paliativa en 7.7% y radioterapia en 3%. En relación a los síntomas de la enfermedad progresiva, se presentaron en promedio 7.5 síntomas por paciente al momento del ingreso al programa de atención domiciliaria. El más importante fue el dolor, seguido de estreñimiento y depresión asociada al impacto psicosocial.</p> <p>Los síntomas evaluados fueron (fetidez), vómito fecaloide, incontinencia de esfínteres, escaras, dolor e incapacidad para deambular.</p> <p>Otro aspecto que se toma poco en cuenta son las alteraciones de la sexualidad, que la mayoría de las pacientes presentan, disminución de la libido secundaria a tratamiento</p>
-----------------	---

	<p>quirúrgico (estomas, exenteraciones pélvicas), RTx. a pelvis, progresión e invasión de la enfermedad y patologías concomitantes como son diabetes mellitus, infección. Por lo que la conducta en las fases de la respuesta sexual se ven alteradas, a medida que la enfermedad avanza, repercutiendo en la dinámica de la pareja sexual y en la vida familiar.</p> <p>Este tipo de enfermas ejerce gran demanda asistencial relacionada directamente con la progresión del Cáncer Cervico-uterino.</p> <p>El promedio de supervivencia fue de 152 días (cinco meses) con intervalo de siete a 510 (17 meses) lo que hizo necesario la implementación de equipos de cuidados paliativos domiciliarios para tener un seguimiento continuo. El rango de visita domiciliaria fue de una a ocho por paciente (media de cinco visitas) y el seguimiento se efectuó por vía telefónica, haciéndose en promedio una a 65 llamadas a cada paciente (promedio 25) durante todo el proceso de atención, donde con un sentido humanitario se brindó seguimiento domiciliario, 98% de las pacientes fallecieron en casa, lo que favorece la comunicación, despedida y acompañamiento, así como menor costo para los sistemas de salud ya que disminuye el número de hospitalizaciones, días cama e ingreso al servicio de urgencias y terapia intensiva, lo que además repercute en mayor beneficio social ya que para las familias disminuyen los gastos por transporte, alimentación y hospedaje.</p> <p>Ante la necesidad de optimizar el contacto de las pacientes con su familia y disponer de mayor tiempo para ello en el domicilio, es necesaria la intervención del personal de enfermería desde otra perspectiva diferente al área hospitalaria, estableciendo un cuidado domiciliario donde el seguimiento telefónico juega un papel importante en la atención integral del paciente oncológico y claramente este artículo muestra las condiciones y necesidades del paciente y familia.</p>
--	---

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO Nº3

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	Evaluación del impacto de la intervención de un equipo de atención primaria en la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de mama.
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Centro de salud, cribado, cáncer de mama
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Medicina de Familia (And) Vol. 1, Nº 1,
<b>AUTORES:</b>	Aparicio Cervantes MJ, Blanca Barba FJ, Martín Carretero ML, Muñoz Cobos F, Kuhn González M, Trigueros García E .

<b>PAISES:</b> España	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2000	<b>IDIOMA:</b> Español
-----------------------	---------------------------------	------------------------

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Estudio descriptivo retrospectivo
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>MUESTRA:</b>	1942 mujeres
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	5 formulaciones de explicaciones al fenómeno. Donde determina la importancia de la consulta telefónica, como alternativa en la inclusión y re captación en la atención primaria en los programas de cribado poblacional.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>Este artículo muestra como la consulta telefónica (260) es una herramienta complementaria a la visita domiciliaria (374) y a la consulta (76) en la intervención activa de programas de screening para detección temprana del cáncer de seno, en la población femenina de 50-65 años, urbana con varios núcleos semirurales, existiendo un nivel socioeconómico medio - bajo y un nivel cultural bajo (52% sin estudios y un 15% de analfabetos).</p> <p>Los esfuerzos de la intervención están dirigidos a disminuir la morbi -mortalidad aunque no su incidencia, encaminando acciones hacia un diagnóstico precoz, con puesta en marcha de programas de detección precoz poblacional, para que con ello se logren tratamientos menos agresivos e invalidantes y un incremento en la supervivencia.</p> <p>La recaptación de las mujeres que no acudieron a la mamografía tras la intervención inicial, constituyó otra actividad necesaria en el desarrollo del programa con el fin de alcanzar coberturas. se localizaron a 16 mujeres (2,15%) a través de la consulta médica, a 60 (8,08%) a través de la consulta de la Trabajadora Social, a 260 (35,04%) a través de consulta telefónica realizada totalmente por trabajadora social y a 374 (50,40%) por visita domiciliaria. Bien claro el estudio muestra que la intervención telefónica fue realizada por personal ajeno a enfermería (trabajo social) y mostró efectividad, lo que lleva a cuestionarnos que estando enfermería en el liderazgo de las acciones de promoción, prevención y detección temprana del cáncer la consulta telefónica puede ser utilizada en este tipo de actividades de enfermería como herramienta para un seguimiento oportuno a las pacientes que no tienen la motivación personal de asistir a los programas que promueven educación y detección del cáncer donde en realidad las coberturas obtenidas son bastante bajas y se requiere la participación activa y compromiso del personal de salud y específicamente de enfermería en la captación de la población a estudio y en el seguimiento relacionado con entrega de resultados y continuidad de las recomendaciones de control o tratamiento indicados con el fin de alcanzar los objetivos de los programas poblacionales de cribado en cáncer.</p>
-----------------	---

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°4

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	The impact supportive telephone call intervention on grief alters the death of a family member. El impacto de soporte de la intervención telefónica durante el duelo después de la muerte de un miembro de la familia.	
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Family nursing, Grief, Grieving families, Supportive telephone call Enfermera de familia, pena, familias que se afligen, Llamada telefónica de apoyo	
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Cancer Nursing, vol. 23 no. 6,	
<b>AUTORES:</b>	Marja Kaunonen, Marja- Terttu Tarkka, Pekka Laippala, Marita Paunonen – Ilmonen,	
<b>PAISES:</b> Finlandia	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2000	<b>IDIOMA:</b> Inglés

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Cuasi experimental
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Descriptiva e Inferencial
<b>MUESTRA:</b>	225 familiares
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	6 Identificación de esquemas teóricos más amplios. El desarrollo adicional de la versión finlandesa del HGRC sería el siguiente reto para el equipo de investigación.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>Las percepciones de los miembros de la familia, mayores de 18 años del paciente oncológico que fallece en el hospital, acerca de la <b>llamada telefónica</b> de soporte fueron principalmente positivas, los cuales apoyan los hallazgos tempranos de Jacson, Kojlak y Cols, de experiencia positiva al poder los participantes la posibilidad de discutir la muerte, sentimientos, oportunidad de dar retroalimentación sobre el cuidado ofrecido y aflicción soportando estudios anteriores. 4 meses después de la muerte de un miembro flia.</p> <p>Las familias percibieron la llamada como un apoyo social (consuelo, afirmación, ayuda, comodidad y confianza) lo cual redujo la ansiedad emocional y apoyó el continuar. El apoyo aumentó el entendimiento de que el sobreviviente no podría hacer más en esa situación. (disminución aflicción, culpabilidad, rabia y mejor forma de hacer el duelo).</p> <p>Este estudio también apoya los hallazgos de Eakes y Cols, acerca de apreciar la singularidad de cada individuo y familia.</p> <p>Los resultados indican decepción cuando las enfermeras no pudieron mantener su promesa de llamar, el momento de la llamada fue muy pronto luego de la muerte, llamada muy corta, el miembro de la familia hubiese preferido conocer a la enfermera en lugar de la llamada, o sintió que el apoyo durante la hospitalización hubiera sido más importante.</p> <p>Los objetivos de la <b>intervención telefónica</b> fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a- Ofrecer un ambiente de apoyo a los sentimientos a ser discutidos (discusión fue percibida como esclarecedora del pensamiento del sobreviviente).</li> <li>b- Permitir a los miembros de la familia hacer preguntas acerca de cosas que los molestan</li> <li>c- Ofrecer información acerca de la experiencia del duelo</li> <li>d- Ofrecer información acerca de un posible grupo de apoyo en el área</li> <li>e- Servir como un punto de finalización de la relación entre la enfermera y la familia</li> </ul>
-----------------	---

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°5

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	A pilot study examining energy conservation for cancer treatment-related fatigue Un estudio piloto examinando la conservación de la energía para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Cancer, Treatment- related, Fatigue, Energia conservation Cáncer, Tratamiento relacionado, fatiga, conservación de la energía
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Cancer nurs
<b>AUTORES:</b>	Barsevick AM; Whitmer K, Seeney C, Nail LM.

<b>PAISES:</b> Estados Unidos	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2002	<b>IDIOMA:</b> Inglés
-------------------------------	---------------------------------	-----------------------

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Estudio piloto
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Descriptiva
<b>MUESTRA:</b>	278 pacientes
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	6 Identificación de <i>esquemas teóricos</i> más amplios La investigación futura podría examinar también factores clínicos y demográficos que pueden explicar diferencias en el resultado para los grupos de radioterapia y quimioterapia

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>Tres conversaciones telefónicas semanales fueron realizadas para administrar la intervención, dada la naturaleza debilitante de la fatiga, y el enfoque de asesoría telefónica previa fue usado para minimizar la carga del paciente.</p> <p>Las personas elegibles estaban actualmente iniciando el Tto. Para Ca. De Seno, pulmón, próstata y colo-rectal con al menos 3 ciclos de Qtx. o 6 semanas de Rtx.; tenían Tto. Previo aparte de cirugía al menos 6 meses antes, y estaban recibiendo Tto. Para cura o control local en lugar de paliación únicamente.</p> <p>Los criterios de inclusión en el estudio eran personas mayores de 18 años de edad, actuando independientemente (escala de desempeño de Karnofsky 70% o mayor), capaz de entender y leer inglés, y capaces de brindar su consentimiento informado.</p> <p>La tasa de terminación para las 3 sesiones de intervención telefónica fue de 100%, sugiriendo que los participantes estaban comprometidos e interesados en el contenido.</p> <p>El estudio sugiere que los candidatos a un seguimiento telefónico inicial para el control de la fatiga son los pacientes en tratamiento con Qtx., debido a la toxicidad, hospitalizaciones, convirtiéndose estos factores médicos en limitantes para la adhesión a los tratamientos.</p> <p>Mediante una lista de chequeo calificativo de 30 ítems con subescalas para medir dimensiones del humor: tensión-ansiedad, depresión-abatimiento, rabia-hostilidad</p>
-----------------	---



## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°6

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO:	Follow-Up For People With Cancer: Nurse-Led Services And Telephone Interventions Seguimiento Para Personas Con Cáncer: Servicios Guiados Por Enfermeras E Intervenciones Telefónicas
PALABRAS CLAVE:	Outpatient Follow-Up, Nurse-Led Telephone Interventions, Cancer care, nursing Continuidad paciente no internado, intervención conducida por el teléfono, cuidado del cáncer, oficio de la enfermera.
MEDIO DE PUBLICACION:	Journal of Advanced Nursing 43 (1), 51-61.
AUTORES:	Karen Cox BSc PhD RN and Eleanor Wilson BA MSc PGCert

PAISES: Reino Unido (Inglaterra)	AÑO DE PUBLICACION: 2003	IDIOMA: Inglés
----------------------------------	--------------------------	----------------

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

TIPO DE DISEÑO:	Revisión documental
ENFOQUE:	Cualitativo
ESTADISTICA:	Descriptiva
MUESTRA:	37 artículos
INTERPRETACION DE DATOS:	6 Identificación de <i>esquemas teóricos</i> más amplios El reconocer y reunir la información específica y los requerimientos de apoyo a la terminación de la prueba pueden ser una manera en la cual se pueda continuar el soporte a los participantes.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

APORTES:	<p>La literatura sugiere que el seguimiento guiado por enfermeras para personas con cáncer satisface sus necesidades de apoyo e información psicológica. El teléfono es identificado como un medio adecuado de ofrecer este tipo de servicio e innovación.</p> <p>El seguimiento telefónico es usado cada vez más como un método con una buena relación coste-eficacia de comunicarse con los pacientes como parte de su cuidado de seguimiento y ha mostrado consistentemente ser un modo factible y eficaz de ofrecer apoyo, información y mantener contacto con un grupo grande.</p> <p>Luego de cualquier tratamiento por cáncer, a la mayoría de pacientes se les ofrece alguna forma de seguimiento. Esto usualmente toma la forma de vigilancia de paciente externo y monitoreo.</p> <p>Otros autores sugieren que el teléfono ofrece una manera útil de monitorear individuos luego de dárseles de alta. Cave (1989) ofrece una perspectiva particularmente clara del uso de las llamadas telefónicas de seguimiento desde el punto de vista de las enfermeras médico-quirúrgicas. En este estudio, las llamadas telefónicas fueron usadas para revisar el tratamiento de los pacientes, revisar cómo estaban manteniendo las citas de control (seguimiento), y discutir cualquier efecto colateral o problema. Las enfermeras que implementaron la llamada de seguimiento también pudieron aliviar problemas de los miembros de la familia (Cave, 1989).</p> <p>Igualmente, Wasson y cols (1992), en una prueba aleatorizada de cuidado telefónico vs seguimiento clínico de rutina, identificaron que los pacientes con cuidado telefónico tuvieron menos visitas clínicas totales (programadas y no programadas), menos uso de medicamentos y menos admisiones.</p> <p>Los autores concluyeron que el sustituir el cuidado de teléfono por visitas clínicas seleccionadas <b>redujo el uso de servicios médicos</b>, y ellos tentativamente sugirieron que el contacto incrementado a través del cuidado telefónico puede mejorar el estatus de salud y reducir la</p>
----------	---

	<p>mortalidad. Sin embargo, reconocieron que sus hallazgos no alcanzaban significancia estadística en estas variables.</p> <p>Se ha identificado extensivamente en la literatura que, luego de un Tto. Por cáncer, muchos pacientes se enfrentan a un rango de problemas a corto o largo plazo como depresión, ansiedad, temor a recurrencia, soledad y cambios de imagen corporal, efectos sobre las relaciones familiares, ambiente social y finanzas.</p> <p>Un número de investigadores se concentra en que el cuidado del cáncer ha ilustrado los beneficios del seguimiento telefónico para pacientes y el servicio de salud (Marcus y cols, 1998; Nelly y cols, 1999; Sardell y cols, 2000). En una prueba controlada aleatorizada diseñada para probar el impacto de una intervención de asesoría basada en llamada telefónica, Marcus y cols (1998) reportan que el uso de un teléfono puede ofrecer un modelo de intervenciones psicosociales que puede ser usada para otros tipos de enfermedad. Nelly y cols, concluyeron que una intervención guiada por enfermeras para pacientes con cáncer de ovario fue útil y brindó confianza. Como una adición al tratamiento y seguimiento usual, las enfermeras de coordinación oncológica usaron un sistema estructurado de llamadas de seguimiento luego del tratamiento de quimioterapia del paciente. El llamar telefónicamente a los pacientes 5-7 días después de que habían recibido un ciclo de tratamiento con quimioterapia, las enfermeras pudieron ayudar a los pacientes a manejar sus propios síntomas, evaluar el grado de efectos colaterales sufridos, y promover el auto-cuidado.</p> <p>El <b>conocimiento y las habilidades de las enfermeras</b> son muy importantes en realizar la llamada telefónica, y es esencial para que sean capaces de dar asesoría y asistencia médica, social, y psicológica inmediata. Aaronson y cols (1996), Keeling y Dennison (1995), Nelly y cols, (1999), Sardell y cls (2000) y Poncia y cols (2000) defienden el uso de las enfermeras para seguimiento.</p>
--	--

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°7

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	Telephone suppor for caregivers of patients with cancer Soporte telefónico para cuidadores de pacientes con cáncer	
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Caregiver hospice cancer telephone, intervention nursing Cuidador hospicio cáncer teléfono, intervención de enfermería	
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Cancer Nursing 26 (6): 448-453, diciembre de 2003.	
<b>AUTORES:</b>	Walsh, Sandra M. RN, PhD; Schmidt, Lee A. RN, PhD	
<b>PAISES:</b> Estados Unidos	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2003	<b>IDIOMA:</b> Inglés

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Estudio experimental
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Descriptiva
<b>MUESTRA:</b>	14 cuidadores
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	6 Identificación de esquemas teóricos más amplios Debido a la implementación exitosa de telecuidados, un estudio más largo se está planeando usando muchos centros de cuidado con intervenciones telefónicas cortas similares.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>Los participantes cuidadores fueron principalmente mujeres con rango edad 51-81 años, y los receptores de cuidado fueron divididos entre mujeres hombres, con rango edad, 55-83 años. Todos con grado de escolaridad bachillerato, universidad y o grado de maestría. Todos los participantes fueron principalmente blancos, nacidos americanos (80%). Ningún cuidador estaba empleado al momento de la intervención. Todos reportaban ingresos totales al hogar de menos de \$50.000 por año.</p> <p>La oportunidad para los cuidadores de hablar libremente e incondicionalmente con el facilitador y otros cuidadores, quizás ayudó a estos cuidadores presionados a sentirse menos deprimidos <math>20.20 \pm 9.25</math> antes de la intervención a <math>12.80 \pm 9.57</math> después de ésta, a experimentar menos desesperación Desesperanza <math>27.60 \pm 6.95</math> comparado con la media de la post intervención de <math>24.40 \pm 6.35</math> y a sentirse menos desorganizados Desorganización <math>17.40 \pm 3.36</math> comparado con la media de la post-intervención de <math>15.00 \pm 5.52</math>. aunque la condición de los pacientes se tornara más seria.</p> <p>Los cuidadores diligentemente usaron el libro de trabajo y estaban preparados para discutir los tópicos varios durante las llamadas telefónicas.</p> <p>Es aceptable que muchos cuidadores quienes estuvieron de acuerdo con la intervención hubiesen llegado a la fase de "la pérdida de la batalla" y fueran más receptivos a las intervenciones. Una solución para estos cuidadores podría ser el ofrecimiento de llamadas telefónicas individuales varias veces a la semana como vía para proporcionar soporte adicional hasta el momento de la muerte del paciente. Inclusive una llamada telefónica corta de soporte después de la muerte del paciente ha sido reportada como bastante útil por los miembros de la familia. Por lo tanto, es probable que las llamadas telefónicas antes de la muerte también puedan ser muy útiles.</p> <p>Enrolamiento tardío en el centro de cuidados continúa siendo problemático para pacientes, familiares cuidadores y cuerpo hospitalario debido a que concede poco tiempo para completar las intervenciones con familiares cuidadores antes de la muerte del paciente.</p>
-----------------	---

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°8

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	Efficacy of therapeutic group by telephone for women with breast cancer. Eficacia del grupo terapéutico por teléfono para mujeres con cáncer de seno.	
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Breast cancer group intervention psychosocial support telephone Cáncer de seno grupo de intervención psicosocial soporte telefónico	
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Cancer Nursing. 26(6):439-447	
<b>AUTORES:</b>	Heiney, Sue P. PhD, RN, CS, FAAN; McWayne, Janis PhD, MPH, CHES; Hurley, Thomas G. MS; Lamb, Lawrence S. Jr PhD; Bryant, Lisa H. MD; Butler, William MD; Godder, Kamar MD	
<b>PAISES:</b> Estados Unidos	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2003	<b>IDIOMA:</b> Inglés

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Estudio experimental
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Descriptiva
<b>MUESTRA:</b>	68 pacientes
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	6 Identificación de esquemas teóricos más amplios Mucho trabajo necesita realizarse en beneficio de la discusión de emociones dolorosas, particularmente debido a la influencia que esto puede tener sobre la función inmune. No obstante el presente estudio presenta algunas perspectivas intrigantes para investigaciones futuras.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	Mujeres con cáncer de seno en estado I o en estado (ductal infiltrante, lobular infiltrante) con infiltración ganglionar y sin infiltración, en tratamiento de radioterapia o quimioterapia adyuvante o ambos o ningún tipo de tratamiento. Con intervención quirúrgica de mastectomía, lumpectomía. Afroamericanas 27% y Caucásicas Edad rango 31-65 años Estado civil (casadas, solteras, viudas, separadas) Escolaridad: Grado 1-8, escuela superior, masters, doctorado. Nivel Socioeconómico. (Alto, medio, bajo) Estado de ánimo tensión/ansiedad que es probable que inflencie la QOL Calidad de vida espiritual (bienestar espiritual) y física (fatiga/inercia) Función inmune (Células CD4, CD8 y NK. Relación bidireccional entre estado de ánimo y función inmune la tensión/ansiedad. Las intervenciones de enfermería implementaron sesiones de 1 hora por 4 semanas de Tele-Care II a través de tele-conferencias con los cuidadores de pacientes de centro de cuidados Este estudio demostró que la nueva intervención, TG (Therapeutic Group, grupo terapéutico)
-----------------	---

	<p>por conferencia telefónica, combinando educación en el manejo del estrés, con factores terapéuticos de Yalom fue una vía factible y práctica para proporcionar soporte a mujeres con cáncer de seno. Esta intervención es factible y practica para mujeres con cáncer de seno, especialmente participantes afroamericanos.</p> <p>Las sesiones fueron bien atendidas indicando que las barreras como viajes y fatiga, no obstaculizaron la participación.</p> <p>También, los participantes formaron relaciones cercanas y se desarrollaron como un grupo cohesivo a pesar del pequeño número de sesiones (telefónicas) y la falta de contacto cara a cara.</p> <p>Los médicos luchan con vías para traer pacientes a grupos de soporte. Los escenarios rurales y urbanos tienen barreras de transporte y demandas conflictivas. Los grupos telefónicos circuncidan algunos de estos problemas. El uso del teléfono para el soporte es también atractivo para médicos ocupados ya que disminuye el tiempo de los compromisos de viajes y puede ser hecho desde la casa del médico, en la noche si las condiciones de privacidad son apropiadas. Los médicos pueden ser renuentes a usar el teléfono, percibiendo que el vínculo es más difícil de establecer. Sin embargo, el grupo telefónico probó ser una experiencia positiva para estas mujeres. En particular, pareció útil para pacientes altamente angustiadas.</p>
--	--

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

**ARTICULO N°9**

### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	A cause study of telephone interpersonal counseling for women with breast cancer and their partners Un estudio de caso del asesoramiento interpersonal telefónico para mujeres con cáncer de seno y sus compañeros. Telephone interpersonal counseling women breast cáncer Teléfono interpersonal asesoramiento mujeres cáncer de seno	
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Telephone interpersonal counseling women breast cáncer Teléfono interpersonal asesoramiento mujeres cáncer de seno	
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Oncology Nursing, Forum Vol 31, No. 5 997-1003pp	
<b>AUTORES:</b>	Terry Badger, Chirs Segrin, Paula Meek, Ana María López, Elizabeth Bonham	
<b>PAISES:</b> Estados Unidos	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2004	<b>IDIOMA:</b> Inglés

### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Descriptivo
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Descriptiva
<b>MUESTRA:</b>	1 estudio de caso
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	5 Formulación de explicaciones al fenómeno. El hecho de que el asesoramiento telefónico ocurre en un breve período de tiempo, las mujeres y sus compañeros en este caso de estudio reportan cambios positivos sustanciales en sus propias preocupaciones

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	El <b>teléfono</b> puede ser un método innovador y efectivo para la entrega de intervenciones y la entrega telefónica de consejería interpersonal puede ser una intervención especialmente efectiva para mujeres con cáncer de seno y sus compañeros. Aunque el hecho de que el <b>asesoramiento telefónico</b> ocurre en un breve período de tiempo, las mujeres y sus compañeros en este caso de estudio reportan cambios positivos sustanciales en sus propias preocupaciones (ej. Síntomas como depresión y ansiedad) y la naturaleza de sus relaciones con otros y sus hijos. Aunque esta intervención requiere entrenamiento adicional en la práctica avanzada del rol del enfermero, algunas técnicas de la intervención pueden ser usadas por todos los enfermeros, a pesar de la especialidad del entrenamiento.
-----------------	---

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°10

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	Telephone first post-intervention follow-up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: evaluation of a novel service delivery approach Primer post-intervención telefónica de seguimiento para hombres que han tenido radioterapia radical en la próstata: evaluación de un nuevo enfoque suministro de servicio	
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Telephone intervention; nurse-led follow up; prostate cancer; radiotherapy Intervención telefónica; continuidad de cuidado conducido por enfermera.; cáncer de próstata; radioterapia	
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Eur J Oncology Nurs (4) pp325-33	
<b>AUTORES:</b>	Jane Booker, Anne Eardley, Richard Cowan, John Logue, James Wylie, Ann-Louise Caress	
<b>PAISES:</b> Inglaterra (Gran Bretaña)	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2004	<b>IDIOMA:</b> Inglés

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Proyecto piloto
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Descriptiva
<b>MUESTRA:</b>	36 pacientes Ca. Próstata
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	ó Identificación de esquemas teóricos más amplios. El seguimiento telefónico parece tener potencial para este grupo de pacientes y amerita una consideración más amplia, basada en la investigación.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>Las enfermeras especialistas dentro del campo del cáncer también han usado el método telefónico de seguimiento como una manera de apoyar a los pacientes luego del tratamiento con radioterapia externa e interna e identificando síntomas físicos problemáticos urinarios continencia, nicturia, hematuria, disuria; intestinales diarrea, dolor, sangrado; sexuales disfunción eréctil; fatiga.</p> <p>Los individuos con seguimiento telefónico fueron pacientes en radioterapia radical para cáncer de próstata.</p> <p>No todos los hombres que eligieron tener un seguimiento telefónico tenían teléfono en el hogar.</p> <p>El nivel de satisfacción fue alto con la mayoría de pacientes diciendo que estaban "muy felices" con el servicio DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO.</p> <p>A los pacientes se les pidió indicar cómo se sentían con el seguimiento telefónico comparado con una visita clínica estándar. La mayoría consideró el seguimiento telefónico "tan bueno como" el seguimiento estándar.</p> <p>A los pacientes se les pidió indicar si había algo que no pudiera ser tratado por teléfono. Sólo tres pacientes indicaron que este era el caso y dos de estos estaban satisfechos con los arreglos alternativos que se hicieron, con uno estando insatisfecho.</p> <p>Cuando se les preguntó cómo se sentían acerca de una enfermera realizando su primera consulta de seguimiento telefónico, 35 pacientes reportaron que la encontraban aceptable y uno hubiera preferido un doctor.</p> <p>Ventajas y Desventajas del Seguimiento Telefónico.</p>
-----------------	---

	<p>Ninguno de los pacientes identificó desventajas del seguimiento telefónico.</p> <p>Las ventajas adicionales dadas por números pequeños de pacientes fueron que el seguimiento telefónico da tiempo al paciente externo para los individuos que lo necesitan, que ahorra gastos, que no hay problemas de parqueo, que es menos extenuante; que es más amistoso y por tanto se habla más fácil; y que el paciente no necesita basarse en otros para transporte.</p> <p>Las ventajas principales se dividen en dos temas amplios, es decir, ahorrar tiempo y conveniencia.</p> <p>Este fue un nuevo concepto hacia la realización del primer seguimiento post-intervención telefónico. Antes de la introducción de la revisión de seguimiento telefónico, no sabíamos si los pacientes estarían de acuerdo en ser revisados mediante este método, y la alta tasa de aceptación de la revisión telefónica fue una sorpresa.</p>
--	--



## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°11

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	Taking charge: a self-management program for women following breast cancer treatment Hacerse cargo: Un programa de auto-manejo para mujeres después del tratamiento contra el cáncer de seno	
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Taking charge; intervention program women following breast cancer treatment Hacerse cargo; programa de intervención seguimiento tratamiento cáncer de seno	
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Psychoocology. 14 (9):704-17	
<b>AUTORES:</b>	Cimprich B, Janz NK, Northouse L, Wren PA, Given B, Given CW	
<b>PAISES:</b> Estados unidos	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2005	<b>IDIOMA:</b> Inglés

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Descriptiva
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Descriptiva
<b>MUESTRA:</b>	49 mujeres
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	6 Identificación de esquemas teóricos más amplios Con la posterior investigación y desarrollo, el programa Taking CHARGE tiene el potencial de llenar un vacío significativo en los servicios de soporte de cáncer para mejorar la recuperación y calidad de vida de las sobrevivientes al cáncer de seno.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>El programa involucra acciones fundamentadas y no improvisadas de sesiones telefónicas individualizadas, dirigidas por enfermeras.</p> <p>Los participantes reportaron recibir un alto nivel de soporte del educador en salud-enfermera durante los contactos grupales y telefónicos.</p> <p>Los participantes calificaron las sesiones telefónicas y de reuniones grupales como útiles para la transición exitosa a la sobrevivencia después del tratamiento de cáncer de seno.</p> <p>Mujeres blancas entre 34 – 66 años, completando el tratamiento del cáncer de seno. Basados en el estado patológico post-quirúrgico, la mayoría tenía estado II de enfermedad. El tratamiento más común fue una combinación de lumpectomía, terapia de radiación y quimioterapia adyuvante. La mayoría estaban actualmente casadas o vivían con una pareja, relativamente bien educadas (universidad o un grado avanzado). Notablemente más de 1/3 estaban trabajando tiempo completo fuera de su casa, 32% reportaron medio tiempo y 32% reportaron estar desempleadas o retiradas. Sólo 8% reportaron un ingreso familiar de menos de \$30.000, mientras 40 % reportaron un rango de \$30.000-\$69.000 y 52 % reportaron un ingreso familiar de \$70.000 o más.</p> <p>Aunque los participantes calificaron todas las sesiones como útiles, la sesión de mejoramiento del bienestar psicológico fue la más altamente calificada, (manejo de stress, confusión, desesperación, frustración); seguida cercanamente por lograr bienestar funcional y tratar con síntomas y efectos colaterales (fatiga).</p> <p>A los participantes también se les preguntó en forma de pregunta abierta "Si usted pudiera</p>
-----------------	---

	<p>cambiar una cosa en el programa ¿cuál sería?". 7 participantes comentaron sobre la importancia de las sesiones de grupo y que las preferían sobre la intervención telefónica.</p> <p>Una fortaleza particular de la combinación era que permitía a los participantes recibir soporte directo de los sobrevivientes en una situación similar y soporte individual personalizado de un profesional de la salud durante las sesiones telefónicas.</p> <p>El programa Taking CHARGE tiene el potencial de llenar un vacío significativo en los servicios de soporte de cáncer para mejorar la recuperación y calidad de vida de las sobrevivientes al cáncer de seno.</p> <p>Para solucionar esta barrera, (opciones de horario sesiones grupales) la intervención Taking CHARGE fue probada en un programa piloto de forma individual en sesiones de uno a uno dadas telefónicamente.</p> <p>El programa fue entregado a una pequeña muestra de participantes y necesita ser probado con una muestra más grande de sobrevivientes al cáncer de seno, la muestra fue principalmente de mujeres blancas y bien educadas. Por lo tanto el programa necesita ser probado en una muestra más diversa en raza y estado socioeconómico.</p>
--	--

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°12

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	Eficacia de un modelo de intervención para mejorar el auto cuidado de pacientes mastectomizadas	
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Cáncer de mama, mastectomía , autocuidado, educación para la salud	
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Bol. INEM 27(2) pp. 46-56	
<b>AUTORES:</b>	Aquiño Robles Florentino, Guanilo Arias Rosa, Huamán Calderón Rocío, Revilla Munayco Deysi	
<b>PAISES:</b> Perú	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2005	<b>IDIOMA:</b> Español

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Estudio clínico prospectivo
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Descriptiva
<b>MUESTRA:</b>	86 pacientes
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	6 Identificación de esquemas teóricos más amplios La participación en el desarrollo de técnicas que permitan crear empatía con la paciente y conseguir una comunicación asertiva, constituyendo el seguimiento telefónico una de éstas.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>Paciente con cáncer de seno mastectomizada, con drenaje (hemovac), procedencia urbana y rural, edad 49-51 años, con nivel educativo (primaria, secundaria, superior), de ocupación (hogar, profesionales y otros) con Ingresos (&lt; o = a 1.000 soles), con requerimientos de capacitación al paciente y familia en manejo ambulatorio, con problemas emocionales (temor, ansiedad).</p> <p>A todos los pacientes tras 5 a 8 días después del alta, la enfermera se comunicó por teléfono y le realizó un cuestionario con 10 preguntas clave sobre el impacto (dificultades en autocuidado de salud dificultad relacionada con el drenaje, claridad, sencillez y contenido de la información, el tiempo que le dedicaron, comprensión de los cuidados, su utilidad, importancia de la información- educación y conformidad respecto a la atención, interaccionando otras medidas como complemento del seguimiento.</p> <p>En la práctica clínica, se observa que las mujeres que se someten a una mastectomía acostumbran a expresar una gran necesidad de información respecto a cuidados indispensables después de la cirugía. Las enfermeras nos encontramos en una situación privilegiada para impartir educación piedra angular para el autocuidado que va a permitir la recuperación de la paciente en su domicilio, donde podemos hacer uso de una herramienta disponible en nuestros sitios de trabajo el teléfono a partir de un seguimiento telefónico oportuno que facilite la identificación de complicaciones tempranas y brindar a la paciente la oportunidad de mayor confianza, seguridad, en sí misma para que acepte el manejo ambulatorio y motivación para afrontar su postoperatorio en el domicilio.</p>
-----------------	---

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°13

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO:	Randomized double-blind, double-dummy crossover clinical trial of oral tramadol versus rectal tramadol administration in opioid-naive cancer patients with pain Estudio randomizado doble ciego cruzado de tramadol oral contra tramadol rectal en pacientes con dolor oncológico que no han recibido opioides.
PALABRAS CLAVE:	Opioids, pain, haematological malignancies. Opioides, dolor, malignidades hematológicas.
MEDIO DE PUBLICACION:	Support Care Cancer 13: 702–707
AUTORES:	Mercadante S, Arcuri E, Fusco F, Tirelli W, Villari P, Bussolino C

PAISES: Italia	AÑO DE PUBLICACION: 2005	IDIOMA: Ingles
----------------	--------------------------	----------------

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

TIPO DE DISEÑO:	Ensayo clínico doble ciego cruzado.
ENFOQUE:	Cualitativo
ESTADISTICA:	Descriptiva
MUESTRA:	86 pacientes
INTERPRETACION DE DATOS:	6 Identificación de esquemas teóricos más amplios reconoce y en un el seguimiento telefónico a los pacientes que reciben tratamiento analgésico, por la seguridad que brinda este tipo de intervención como soporte a la atención directa.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

APORTES:	El paciente con cáncer con edad en 17-75 años fueron <b>contactado telefónicamente</b> todos los días para evaluar síntomas intensos de dolor y cumplimiento del esquema terapéutico durante el primer ciclo de 3 días, Igualmente cuarto y quinto día los pacientes fueron contactados al finalizar el segundo ciclo evaluando finalmente eficacia y cumplimiento. Combinada esta intervención con la evaluación programada del paciente los días 3 y 6. Los parámetros fueron establecidos antes del inicio del estudio se tuvo en cuenta la escala numérica donde 0 no dolor, 10 máximo dolor. Para evaluar intensidad escala verbal de 0 a 3 donde 0 nada, 1 poco, 2 moderado y 3 severo Seguimiento de síntomas igualmente mediante escala verbal escala de 0a 3 (nada, poco, moderado, severo), vómito, insomnio, náusea, confusión, estreñimiento. Calidad del sueño fue evaluado usando una escala semicuantitativa
----------	--

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°14

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	Telephone outreach to increase colorectal cancer screening in an urban minority population Cobertura telefónica para incrementar el análisis diagnóstico de cáncer colo-rectal en una población urbana minoritaria	
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	American Journal of Public Health 96, No. 12 pp2246-2253	
<b>AUTORES:</b>	Charles E. Basch, PhD, Randi L. Wolf, PhD, MPH, Corey H. Brouse, EdD, Celia Shmukler, MD, Alfred Neugut, MD, PhD, Lawrence T. DeCarlo, PhD and Steven Shea, MD, MS	
<b>PAISES:</b> Estados Unidos	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2006	<b>IDIOMA:</b> Ingles

#### 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Descriptivo
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Descriptiva
<b>MUESTRA:</b>	456 participantes
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	6 Identificación de esquemas teóricos más amplios Las disparidades en la mortalidad por CRC en poblaciones negras, que pueden parcialmente ser explicadas por disparidades en la detección y tratamiento tempranos, pueden ser dirigidas en parte por organizaciones de proveedores u organizaciones de planes de salud haciendo uso de cobertura telefónica a pacientes para promocionar el análisis diagnóstico de CRC.

#### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>El grupo de intervención recibió cobertura telefónica</p> <p>El análisis diagnóstico de CRC fue documentado en 61 de 266 de los participantes de la intervención (a la que se hizo cobertura TELEFÓNICA) y en 14 de 230 del grupo control</p> <p>La cobertura telefónica a la medida puede incrementar el análisis diagnóstico de CRC en una población urbana minoritaria.</p> <p>Para nuestro conocimiento, este es el primer estudio que demuestra que la cobertura telefónica puede incrementar la tasa del análisis diagnóstico del CRC en una población urbana minoritaria.</p> <p>De los 35 estudios de intervención de CRC que identificamos publicados entre 1978 y 2004, ninguno evaluaba la cobertura telefónica a la medida en la población negra.</p> <p>Tres estudios a la fecha representan los mejores esfuerzos desarrollados para evaluar comunicaciones telefónicas a la medida de las necesidades como parte de una estrategia conjunta para promocionar análisis diagnóstico de CRC.</p> <p>Aquellos quienes recibieron solo una carta recordatoria reportaron bajas tasas de análisis diagnóstico (27%), los participantes que recibieron llamadas telefónicas para solucionar preguntas e incitar a completar la prueba, reportaron tasas significativamente más altas de análisis diagnóstico (37%), y los participantes quienes tuvieron 2 llamadas recordatorias además de folletos educativos y una discusión de las barreras del no ceñimiento y fueron aconsejadas para sobrellevar estas barreras reportaron las más altas tasas de análisis diagnóstico</p> <p>Estos estudios demostraron que las llamadas telefónicas eran efectivas en incrementar la adherencia, motivación al análisis diagnóstico de CRC.</p> <p>La cobertura telefónica a la medida de las necesidades del paciente puede no ser igualmente efectiva entre pacientes sin acceso a un seguro de salud o entre pacientes con grandes copagos.</p>
-----------------	--

## FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA

### ARTICULO N°15

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

<b>TITULO:</b>	Day surgery for breast cancer: Effects of psychoeducational telephone intervention on functional status and emotional distress Cirugía diaria para el cáncer de seno: Efectos de la intervención psicoeducacional telefónica en el estado de aflicciones emocionales
<b>PALABRAS CLAVE:</b>	Breast cancer; effects psychoeducational telephone intervention Cáncer de seno, efectos psicoeducacionales teléfono intervención
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b>	Oncology Nursing Forum Tomo 34, N° 1; pg 133,9 pgs
<b>AUTORES:</b>	Nicole C Allard

<b>PAISES:</b> Canadá	<b>AÑO DE PUBLICACION:</b> 2007	<b>IDIOMA:</b> Ingles
-----------------------	---------------------------------	-----------------------

## 2. INFORMACION METODOLOGICA

<b>TIPO DE DISEÑO:</b>	Ensayo de bloques clínicos al azar
<b>ENFOQUE:</b>	Cualitativo
<b>ESTADISTICA:</b>	Inferencial (anova RM)
<b>MUESTRA:</b>	117 pacientes con cáncer de seno primario quienes padecían la cirugía diaria como parte del tratamiento inicial del cáncer.
<b>INTERPRETACION DE DATOS:</b>	6 Los hallazgos validan el uso del modelo de auto-regulación en los ambientes clínicos para diseñar intervenciones de cuidado individuales inmediatamente después de la cirugía para reducir las alteraciones emocionales y aumentar el funcionamiento.

## 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

<b>APORTES:</b>	<p>La afirmación de éste artículo son relevantes al determinar que el Enfoque en la Atención e Intervención del Manejo de Síntomas (AFSMI) en el incremento del bienestar físico y emocional en mujeres que padecen cirugía para el cáncer de seno, constituye un aspecto fundamental a realizar por enfermería y que se fue realizado a través de una <b>intervención telefónica</b> .</p> <p>Los hallazgos validan el uso del modelo de auto-regulación en el diseño individual de intervenciones asistidas. El re-direccionar la atención y enfocarse en un objetivo concreto mantienen el potencial en desarrollar otras intervenciones innovadoras de asistencia.</p> <p>Informando a las mujeres acerca de los síntomas, reforzando las estrategias de auto-cuidado y focalizando en los aspectos objetivos de la experiencia del cuidado de la salud, el AFSMI asistió a las mujeres en clarificar su esquema. Esta aclaración puede haber contribuido a disminuir la confusión y la ansiedad.</p> <p>Los hallazgos del presente estudio soportan la necesidad de intervenciones de cuidado individuales dirigidas a aliviar la confusión, tensión y alteraciones emocionales en pacientes o con pacientes que requerían asistencia en el trato de sus reacciones emocionales ayudándoles a enfocarse en los aspectos concretos y objetivos de sus experiencias.</p> <p>Redireccionar la atención del paciente y localizarla en objetivos concretos promete mantener en desarrollo otras intervenciones innovadoras de cuidado.</p> <p>La intervención de cuidado aplicada inmediatamente durante la recuperación de la cirugía de cáncer de seno puede reducir las alteraciones emocionales y aumentar el funcionamiento usual, lo último resulta de lo primero. Esto indica la necesidad de la continuidad en el cuidado post-quirúrgico para mejorar la calidad de vida.</p>
-----------------	--