



CONOCIMIENTO enfermero

Investigación en Cuidados

ABRIL 2025
Vol. VIII · Núm. 28



CODEM
Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid

En este número

3 COMUNICACIONES BREVES

El rol de la enfermería en los programas de rehabilitación multimodal en pacientes sometidos a cirugía cardiaca

Cristina López Barral, Javier Rodríguez Lega

8 ESTUDIOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

¿Cuál es la mejor técnica de inserción de la sonda transpilórica en pacientes pediátricos? Una revisión de la literatura

Lucía Vicente García

18 ESTUDIOS ORIGINALES

Programa de tutorización para enfermeras de hospital de día de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre

Francisca Rebollo Cicuéndez

43 ESTUDIOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La migraña en las mujeres durante el climaterio: influencia hormonal y estrategias de tratamiento

Raquel Borrego Mateos, Lidia Sanz Durán, Irene Blanco Caballero

52 ESTUDIOS ORIGINALES

Efectividad de las intervenciones enfermeras en la sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor dependiente

Séfora Brito Cárdenes



Vol. VIII · Nº 28 · Abril 2025 · ISSN: 2605-3152

EDITA

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM)

FINANCIA

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM) y Consejo General de Enfermería

DIRECTOR

D. Antonio A. Arribas Cachá

DIRECTORA EJECUTIVA

Dª. Teresa Blasco Hernández

COORDINADORA

Dª. Miriam Hernández Mellado

EDITORES DE SECCIÓN

Dª. Miriam Hernández Mellado

Dª. Teresa Blasco Hernández

Dª. Jenifer Araque García

Dª. Elena Núñez Acosta

Dª. Anaís Núñez Mata

Dª. Ana Robles Álvarez

DOCUMENTALISTA

César Manso Perea

REVISORES/ASESORES CIENTÍFICOS

Dª. Sara Sánchez Castro

Dª. Ana Belén Salamanca Castro

Dª. Verónica Martín Guerrero

Dª. Leyre Rodríguez Leal

Dª. Andrea Hernández Solís

Dª. Romy Kaori Dávalos Alvarado

Dª. Ruth Palacios Peñacoba

Dª. Irene Anula Morales

Dª. Natalia Cuadrado Obregón

Dª. Yohana Salgado Balbás

Dª. Laura Palomar Catena

Dª. Lydia Mower Hanlon

Dª. Elena Carrión Navarro

Dª. Silvia Evora Lebrero

Dª. Nuria Alcolea Ruiz

COMUNICACIONES BREVES

El rol de la enfermería en los programas de rehabilitación multimodal en pacientes sometidos a cirugía cardiaca

The role of nursing in multimodal rehabilitation programmes for patients undergoing cardiac surgery

Cristina López Barral¹, Javier Rodríguez Lega²

¹ Diplomada en Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

² Médico Especialista en Cirugía Cardiovascular. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.322>

Cómo citar este artículo: López Barral, C., Rodríguez Lega, J., El rol de la enfermería en los programas de rehabilitación multimodal en pacientes sometidos a cirugía cardiaca. *Conocimiento Enfermero* 28 (2025): 03-07.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

El protocolo Enhance Recovery After Cardiac Surgery (ERACS) es un programa de rehabilitación multimodal en pacientes sometidos a cirugía cardiaca. Incluye estrategias preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias basadas en la evidencia científica que mejoran la recuperación y funcionalidad de los pacientes tras el acto quirúrgico.

Basados en retos, estrategias y humanización en la fase preoperatoria como la ansiedad, experiencias y preocupaciones del paciente, realizando personalización del cuidado, comunicación clara y efectiva, intervenciones psicológicas y prehabilitación.

Para transformar la fase preoperatoria en una experiencia empática y centrada en la persona no solo beneficia al paciente, sino que también fortalece la calidad del sistema de salud en su conjunto.

ABSTRACT

The Enhance Recovery After Cardiac Surgery (ERACS) protocol is a multimodal rehabilitation program in patients undergoing cardiac surgery. It includes preoperative, intraoperative and postoperative strategies based on scientific evidence that improve the recovery and functionality of patients after surgery.

Based on challenges, strategies and humanization in the preoperative phase such as anxiety, experiences and concerns of the patient, carrying out personalization of care, clear and effective communication, psychological interventions and prehabilitation.

To transform the preoperative phase into an empathetic and person-centered experience not only benefits the patient but also strengthens the quality of the health system.

1. Introducción

Los programas de rehabilitación multimodal en pacientes sometidos a cirugía cardiaca –del inglés *Enhance Recovery After Cardiac Surgery* (ERACS)– incluyen diferentes estrategias basadas en la evidencia científica que mejoran la re-

cuperación y funcionalidad de los pacientes tras el acto quirúrgico.

En los años 90 se empezaron a proponer medidas para mejorar la evolución posoperatoria en pacientes sometidos a cirugía electiva. Destacaban la importancia de la información recibida por el paciente y su participación como

parte integral de la recuperación posoperatoria [1].

La mejora de la seguridad y calidad del paciente, un buen control del dolor, una movilización precoz y la reintroducción de la alimentación reducen la morbilidad, y acortan la recuperación. Se desarrollaron medidas encaminadas a mitigar la pérdida de capacidad funcional y mejorar la recuperación en el posoperatorio. En consecuencia, se reducen los tiempos de estancia hospitalaria y por tanto los costes.

El papel de la enfermería es fundamental en el desarrollo de programas ERACS encaminados a la educación del paciente, prevención de complicaciones y promoción de una recuperación rápida y segura. Un conocimiento especializado en cuidados preoperatorios y su capacidad para establecer una relación de confianza con los pacientes contribuye significativamente al éxito de este programa [1].

2. Retos y estrategias de humanización de un programa ERACS desde el punto de vista de la enfermería en la fase preoperatoria

La fase preoperatoria es un periodo importante en el manejo del paciente que va a ser sometido a una cirugía cardiaca, al enfrentarse a niveles elevados de incertidumbre y ansiedad. El papel del personal de enfermería durante esta etapa desempeña un papel fundamental siendo nexo de unión entre los pacientes, sus familias y el equipo quirúrgico. La atención humanizada, una educación efectiva y una personalización del cuidado por parte de la enfermería contribuye a mejorar la experiencia del paciente y su recuperación.

2.1. Retos

2.1.1. Ansiedad preoperatoria

La ansiedad preoperatoria afecta al 41% de los pacientes, especialmente a las mujeres, pacientes con malas experiencias previas con la anes-

tesia, cirugías previas, historia de cirugía oncológica y cirugías gravosas con el cuerpo (p. ej. amputación de una extremidad). Estos factores influyen en los niveles de ansiedad. Esta condición afecta el bienestar emocional del paciente prolongando la estancia hospitalaria al afectar a la recuperación postoperatoria. La estancia hospitalaria y la calidad de vida a largo plazo se relacionan directamente con la ansiedad preoperatoria [2].

El rol activo de la enfermería permite identificar signos de ansiedad y aplicar estrategias para disminuirla al aportar una información clara y adaptada generando un ambiente de confianza y tranquilidad.

2.1.2. Experiencias y preocupaciones del paciente en la fase preoperatoria

Muchos pacientes expresan que las instrucciones preoperatorias generan confusión y estrés. La complejidad del lenguaje médico limita su comprensión, especialmente en pacientes con bajos niveles educativos o sin experiencia previa en cirugías.

La enfermería debe garantizar el entendimiento y la retención haciendo que la información proporcionada sea comprensible empleando materiales impresos, apoyos visuales y un lenguaje sencillo.

Una mayor personalización y humanización en el proceso, con una mayor implicación en la toma de decisiones y una mayor coordinación entre los profesionales de la salud, evita la frustración, el estrés y una sensación de abandono [3].

Los cirujanos informan sobre la técnica quirúrgica y los riesgos, la gravedad de la cirugía, los riesgos a corto plazo, los efectos a largo plazo y la supervivencia. Los pacientes demandan información sobre las consecuencias, la recuperación, la calidad de vida a largo plazo y la supervivencia [4]. Las experiencias y principales preocupaciones del paciente durante el tiempo de espera se resumen en:

- Previo a la asignación de fecha de cirugía: la incertidumbre sobre su "posición" en la lista de espera y fecha de la cirugía, así

como la posibilidad de un empeoramiento previo, las implicaciones a nivel laboral, la limitación para hacer planes a futuro y los síntomas físicos previos a la cirugía, generan miedo, ansiedad y estrés [5].

- Posterior a la asignación de fecha para la cirugía: la espera los días previos al ingreso hospitalario, la falta de información sobre las evaluaciones preoperatorias y la falta de programación relacionada con la hospitalización afecta negativamente a la experiencia del paciente, sintiéndose abandonado ante la falta de información [6].

2.2. Estrategias para humanizar el cuidado preoperatorio

Una evaluación preoperatoria por parte de enfermería permite identificar y definir los factores de riesgo de los pacientes de cara a la cirugía y durante los cuidados perioperatorios, comprendiendo sus vulnerabilidades, estableciendo una comunicación multidimensional, entendiendo las expectativas no solo de los pacientes sino también de sus familiares mediante la percepción de las necesidades físicas y emocionales de los pacientes [7].

2.2.1. Personalización del cuidado

Los pacientes tienen necesidades, preocupaciones y estilos de afrontamiento diferentes. Una reunión entre enfermería y los pacientes permitirá identificar sus características y desarrollar estrategias de cuidado personalizadas [8]:

- Conocer al paciente como persona realizando preguntas abiertas sobre su vida diaria, miedos y expectativas.
- Establecer una relación de confianza mostrando empatía y respeto y escuchando activamente sus inquietudes.
- Identificar factores de riesgo emocional detectando ansiedad o depresión mediante herramientas como la escala de autoevaluación HADS (9).

2.2.2. Comunicación clara y efectiva

La educación preoperatoria es esencial para reducir la ansiedad y fortalecer al paciente en su proceso quirúrgico. El personal de enfermería debe:

- Proporcionar información oral y escrita sobre la cirugía, los cuidados preoperatorios y las expectativas posoperatorias.
- Usar materiales educativos en formatos accesibles, como vídeos, folletos ilustrados y recursos multimedia.
- Fomentar preguntas y resolver dudas, principalmente sobre el manejo del dolor, los riesgos y los beneficios de la cirugía.

2.2.3. Intervenciones psicológicas

El apoyo emocional es una parte integral de la atención de enfermería en el preoperatorio. Algunas intervenciones incluyen:

- Técnicas de relajación, como ejercicios de respiración o visualización guiada.
- Acompañamiento emocional para abordar miedos y disminuir el estrés.
- Derivación a especialistas en psicología si fuera necesario.

2.2.4. Prehabilitación

La prehabilitación es una estrategia proactiva que engloba intervenciones físicas, nutricionales y psicológicas antes de la cirugía para mejorar la condición del paciente. La enfermería tiene una actuación importante en esta fase al:

- Actualizar la evolución del paciente.
- Detectar problemas potenciales y coordinar soluciones con el equipo médico.
- Asegurar que el paciente esté física y emocionalmente preparado para el procedimiento quirúrgico.

3. Actividades de la enfermera en la fase preoperatoria del programa ERACS

En un programa de optimización de la recuperación tras cirugía cardíaca –del inglés *Enhanced*

Recovery After Cardiac Surgery (ERACS)– el papel que desempeña la enfermería es fundamental en la fase preoperatorio a través de la optimización del estado del paciente antes de la cirugía garantizando una posterior recuperación más rápida y segura. A continuación, se detallan las actividades más importantes que desempeña:

1. Evaluación integral del paciente.

- Realizar valoración física completa (signos vitales, estado nutricional, función respiratoria y cardiovascular).
- Evaluar el estado emocional y nivel de ansiedad del paciente y su familia.
- Identificar comorbilidades y factores de riesgo (anemia, diabetes, obesidad, tabaquismo).
- Revisar la historia clínica y verificar la documentación prequirúrgica.

2. Educación preoperatoria.

- Explicar el proceso quirúrgico, las fases del programa ERACS y la importancia de su adherencia.
- Instruir sobre la movilización precoz y la importancia de la rehabilitación postoperatoria.
- Enseñar técnicas de ejercicios respiratorios y de tos para prevenir complicaciones pulmonares.
- Ofrecer información sobre el manejo del dolor y los métodos de analgesia utilizados.

3. Preparación y optimización física.

- Asegurar la realización de pruebas prequirúrgicas requeridas (analíticas, pruebas pretransfusionales, ECG, pruebas de imagen,).
- Valoración nutricional basada en los patrones de Marjory Gordon y coordinación con el equipo de dietética y nutrición, fisioterapia respiratoria y rehabilitación en coordinación con el servicio de fisioterapia.
- Iniciar protocolos de optimización (control glucémico, tratamiento de la anemia, hidratación adecuada, preparación cutánea de la piel con eliminación de vello, baño prequirúrgico, descolonización nasal de

Staphylococcus aureus, manejo del tratamiento antiagregante y anticoagulante).

- Promover el abandono del hábito tabáquico y la reducción del consumo de alcohol en consumidores.
- Verificar el ayuno prequirúrgico adecuado según indicación de anestesia.
- Rellenar registro de enfermería en el preoperatorio inmediato.

4. Coordinación multidisciplinaria.

- Colaborar con médicos, cirujanos, anestesiólogos, nutricionistas y fisioterapeutas para la planificación integral.
- Asegurar que las necesidades especiales (prótesis dentales, dispositivos médicos) estén consideradas.
- Gestionar el consentimiento informado y aclarar dudas del paciente y su familia.

5. Apoyo psicológico y emocional.

- Proporcionar apoyo emocional para reducir la ansiedad prequirúrgica.
- Facilitar la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo de salud.
- Identificar la necesidad de intervención psicológica especializada si es necesario.

Estas actividades tienen como objetivo preparar física y emocionalmente al paciente, reducir riesgos quirúrgicos y facilitar una recuperación óptima conforme a los principios del programa ERACS.

4. Conclusiones

El papel de la enfermería en el desarrollo de un programa ERACS conduce a recuperaciones más rápidas y estancias hospitalarias acortadas [10].

Su rol en la fase preoperatoria trasciende la preparación técnica. Su capacidad para comunicar, educar, coordinar y brindar apoyo emocional es esencial para garantizar una experiencia positiva del paciente y promover una recuperación más rápida y efectiva.

Al implementar estrategias personalizadas, fomentar una atención humanizada y actuar como enlace entre el paciente y el equipo qui-

rúrgico, la enfermería se posiciona como un pilar importante en el éxito del proceso quirúrgico. Transformar la fase preoperatoria en una

experiencia empática y centrada en la persona beneficia al paciente fortaleciendo la calidad del sistema de salud en su conjunto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo, R. (2016). Protocolo ERAS (Enhance Recovery After Surgery). *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39, S153-S155.
2. Gorini A, Giuliani M, L'Acqua C, et al. Associations of Preoperative Self-rated Symptoms of Anxiety and Depression on Length of Hospital Stay and Long-term Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *J Cardiovasc Nurs*. 2021 Mar 31.
3. Gobbo M, Saldaña R, Rodríguez M, et al. Patients' Experience and Needs During Perioperative Care: A Focus Group Study. *Patient preference and adherence*. 2020;14:891.
4. McNair AG, MacKichan F, Donovan JL, et al. What surgeons tell patients and what patients want to know before major cancer surgery: a qualitative study. *BMC cancer*. 2016 Dec;16(1):1-8
5. Gobbo M, Saldaña R, Rodríguez M, et al. Patients' Experience and Needs During Perioperative Care: A Focus Group Study. *Patient preference and adherence*. 2020;14:891.
6. Gualandi R, Masella C, Vigiore D, et al. Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience?. *PLoS one*. 2019 Dec 5;14(12):e0224899.
7. Malley A, Kenner C, Kim T, et al. The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN journal*. 2015 Aug 1;102(2):181-e1.
8. Gillis C, Gill M, Marlett N, MacKean G, Germann K, Gilmour L, Nelson G, Wasylak T, Nguyen S, Araujo E, Zelinsky S. Patients as partners in enhanced recovery after surgery: a qualitative patient-led study. *BMJ open*. 2017 Jun 1;7(6).
9. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.
10. Gillis C, Gill M, Marlett N, et al. Patients as partners in enhanced recovery after surgery: a qualitative patient-led study. *BMJ open*. 2017 Jun 1;7(6).

ESTUDIOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

¿Cuál es la mejor técnica de inserción de la sonda transpilórica en pacientes pediátricos? Una revisión de la literatura

What's the best postpyloric tube insertion technique in pediatric patients? A literature review

Lucía Vicente García

Residente de Enfermería Pediátrica 2ª año. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).

FECHA DE RECEPCIÓN: 25/10/2024. FECHA DE ACEPTACIÓN: 20/02/2025. FECHA DE PUBLICACIÓN: 30/04/2025.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.372>

Cómo citar este artículo: Vicente García, L., ¿Cuál es la mejor técnica de inserción de la sonda transpilórica en pacientes pediátricos? Una revisión de la literatura. Conocimiento Enfermero 28 (2025): 08-17.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Existen principalmente cuatro métodos de inserción de la sonda trans-pilórica: fluoroscopia, endoscopia, mediante un dispositivo electromagnético (EM) y a ciegas o a pie de cama. Los dos primeros resultan costosos e invasivos. El tercero, es innovador y exitosos, pero requiere entrenamiento en su uso. El último, no presenta un consenso sobre cuál es el procedimiento correcto, por lo que resulta menos eficaz, requiere de mayor número de intentos y aumenta la exposición a radiación innecesaria.

El objetivo consiste en analizar la bibliografía disponible a cerca de los métodos de inserción de la sonda transpilórica y sobre el procedimiento adecuado de inserción a pie de cama.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica con términos en lenguaje libre con artículos de los últimos 10 años, seleccionando un total de 12 artículos.

Para la colocación a ciegas se aportan una serie de recomendaciones que aumentan el porcentaje de éxito. La creación de programas de formación mejora la tasa de inserción y reduce los niveles de radiación. Se sugiere el método EM como segunda línea o en pacientes con alteraciones anatómicas y el método a pie de cama como primera línea.

La inserción a pie de cama es el método de elección, pues es el más sencillo. Es necesaria la instauración de protocolos que regulen la exposición del paciente a radiación de forma innecesaria. Existe poca evidencia a cerca de este tema por lo que es necesaria más investigación.

Palabras clave: alimentación enteral; sonda alimentación enteral; pediatría.

ABSTRACT

Fluoroscopy, endoscopy, electromagnetic device and bedside are the four main insertion techniques for postpyloric feeding tubes. The first two methods are invasive and expensive. The third one is innovative and successful but requires training to use it. The last one results less effective due to a lack of consensus on the correct procedure, resulting in an increase in the number of attempts and radiation exposure.

The objective of this study consists in analyzing the available literature about the different methods of insertion of postpyloric feeding tubes and the right procedure of the bedside insertion.

A literature research has been carried out in different data bases with free terms of the last 10 years, selecting a total of 12 articles.

For the bedside insertion a number of recommendations have been found to increase the percentage of success. Nursing training programs increase success rates and decrease patient unnecessary radiation. Some institutions have developed algorithms to prevent these radiations in pediatric patients and suggest the EM method as second line procedure or in patients with anatomical anomalies and the bedside method as first line procedure.

Bedside is the suggested first line method due to its simplicity. It is necessary to establish protocols that help decrease unnecessary radiation exposure. There is scarce evidence about this topic and more research is needed.

Keywords: enteral nutrition; feeding; enteral; pediatrics.

1. Introducción / justificación

Existen principalmente cuatro métodos de inserción de la sonda transpilórica (1-12):

- A ciegas o a pie de cama.
- Por fluoroscopia.
- Por endoscopia.
- Mediante un dispositivo electromagnético (EM).

La fluoroscopia y la endoscopia son métodos de segunda línea, que se emplean en casos complejos o cuando la técnica a pie de cama ha fallado ya que presentan elevada tasa de éxito al primer intento.

Esto se debe a dos razones.

La primera es que son necesarios mayor cantidad de recursos para llevarlo a cabo, lo que lo convierte en métodos de mayor coste [1]. La segunda, es la cantidad de radiación acumulativa que supone la fluoroscopia a pesar de ser considerado el Gold Standard [2].

Además, se ha incorporado el método EM en las unidades de cuidados críticos. Este promete una inserción más segura y eficaz que el resto.

Este utiliza un dispositivo denominado *COR-TRAK 2 Enteral Access System* que permite insertar la sonda y dirigirla hacia la posición deseada con ayuda de un imán mientras la apunta de la sonda envía información al dispositivo y dibuja el recorrido que está realizando. Así, los profesionales pueden orientar la posición sin necesidad de realizar radiografías de tórax y abdomen [3].

Este método ha demostrado ser superior a la fluoroscopia y a la endoscopia en cuanto a tiempo de duración del procedimiento, número de intentos necesarios y número de radiografías realizadas al paciente [3].

Resalta como inconveniente, la necesidad de invertir en la compra del dispositivo y de entre-

nar a los profesionales en su uso para obtener resultados exitosos [3]. Por eso se considera un método de rescate cuando falla la inserción a ciegas [4].

Por tanto, la inserción a ciegas se considera de primera línea no solo porque es más barata sino porque es más sencilla y accesible.

Sin embargo, no existe un consenso claro sobre cuál es la técnica de inserción más eficaz, lo que resulta en numerosos intentos fallidos que implican un nivel elevado de radiación en el paciente pediátrico. Por esta razón surge la necesidad de revisar la literatura disponible sobre la materia.

2. Objetivos

General:

- Analizar la bibliografía científica disponible sobre los métodos de inserción de la sonda transpilórica en el paciente pediátrico.

Específicos:

- 1) Investigar y analizar la bibliografía existente sobre el procedimiento de inserción de la sonda transpilórica a pie de cama, incluyendo las técnicas y recomendaciones para garantizar la correcta colocación de la sonda.
- 2) Identificar los factores que pueden influir en el éxito del procedimiento a pie de cama.
- 3) Identificar los factores que pueden influir en la elección del método de inserción más adecuado para cada paciente.
- 4) Elaborar recomendaciones basadas en la evidencia disponible para la selección del método de inserción más adecuado.
- 5) Comparar la relación costo-efectividad de los diferentes métodos de inserción.

3. Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura disponible acerca de la sonda transpilórica en pediatría y los distintos métodos de inserción.

Para ello, se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos *PubMed*, *EMBASE*, *Scopus* y *Web of Science* de documentos científicos relacionados con el tema.

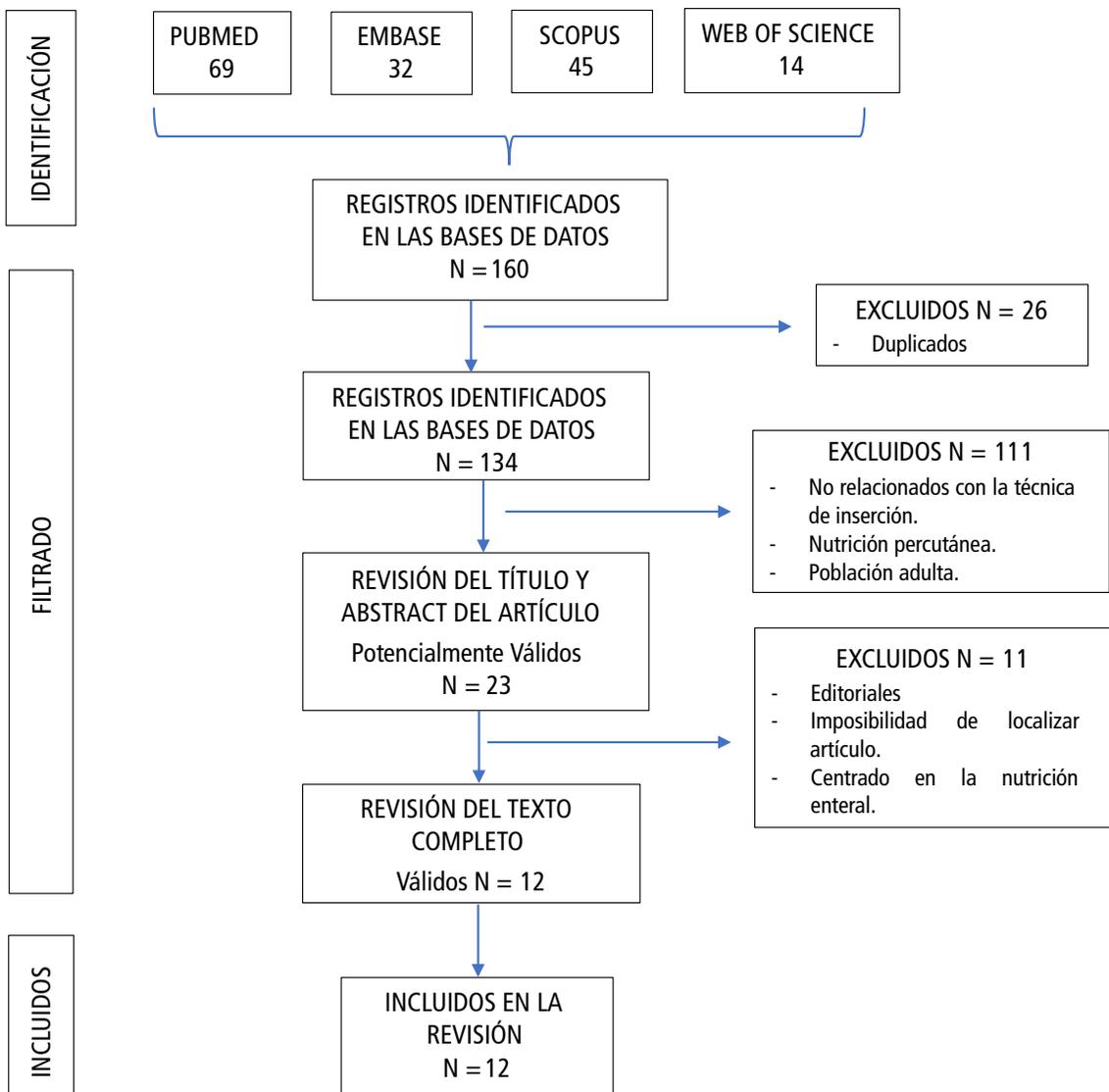
La ecuación de búsqueda, compuesta por términos de lenguaje libre, es la siguiente: (“Postpyloric feeding tube” OR (Postpyloric AND feeding AND tube*)) OR “postpyloric tube”)

Los resultados fueron acotados a publicaciones en inglés y español, de los últimos 10 años (2013-2023).

Se excluyeron los documentos que no tratasen la técnica de inserción, que hablasen del acceso percutáneo y que cuya muestra de estudio presentase alguna patología común.

Una vez realizada la búsqueda inicial, se localizaron 160 artículos. De ellos, 135 fueron excluidos puesto que no coincidían con el objetivo de la revisión. Después de un proceso de lectura crítica, finalmente solamente 12 fueron seleccionados.

FIGURA 1. Diagrama PRISMA.



Fuente: Elaboración propia.

3.1. Análisis de calidad

La calidad de los artículos seleccionados se ha evaluado utilizando como herramienta las *Critical Appraisal Tools* (CAT), adecuándola a cada

tipo de estudio. El análisis lo ha realizado la investigadora principal. A continuación, en la Tabla 1 se muestra el nivel de calidad con las principales limitaciones y puntos fuertes de cada artículo.

TABLA 1. Análisis de calidad de los artículos.

Artículo	Nivel de Calidad	Limitaciones	Puntos Fuertes
Jazayeri (1)	Moderado	Falta de estrategia de búsqueda sistemática. Ausencia de criterios de inclusión/exclusión explícitos. Falta de evaluación formal de la calidad de los estudios incluidos.	Presentación clara de los diferentes métodos. Síntesis coherente de la información. Proporciona una visión general valiosa del tema útil para la toma de decisiones clínicas.
Rollins (2)	Moderado	Falta de grupo de control. Posible sesgo de selección en las encuestas.	Identifica las barreras y facilitadores para una implementación exitosa.
Brown (3)	Moderado	Estrategia de búsqueda no especificada. Criterios de selección no mencionados. No se realiza evaluación de la calidad de los estudios.	Presenta una visión concisa del tema útil para la toma de decisiones.
Koot (4)	Moderado-Alto	Falta de grupo de control. Posible confusión debido a la experiencia del operador.	Evalúa la viabilidad de la técnica en un entorno clínico real.
Williams (5)	Moderado	Falta de estrategia de búsqueda sistemática. Ausencia de criterios de inclusión/exclusión explícitos. Falta de evaluación formal de la calidad de los estudios incluidos.	Resume la evidencia disponible sobre la eficacia de cada método.
Ketsuwan (6)	Alto	No se especifica directamente la similitud de los grupos al inicio. No está claro si se realizó un análisis por intención de tratar.	Diseño de estudio riguroso (ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo).
Jha (7)	Alto	Falta de cegamiento.	Diseño de estudio riguroso (ensayo clínico aleatorizado).
Hawk (8)	Moderado-Alto	Tamaño de muestra pequeño. Falta de grupo de control.	Incluye tanto ensayos aleatorizados como no aleatorizados.
Hamilton (9)	Moderado-Alto	No se mencionan las limitaciones del estudio. No se menciona explícitamente la aprobación ética.	Demuestra la viabilidad y seguridad de la colocación de sondas postpilóricas por enfermeras en la UCIP.
Turner (10)	Moderado-Alto	Falta de un grupo de control.	Evalúa el impacto de un protocolo de colocación de sondas postpilóricas en la administración de nutrición enteral. Proporciona evidencia sobre los beneficios de la implementación de un protocolo en la práctica clínica.
Osawa (11)	Moderado-Alto	Falta de un grupo de control. Muestra pequeña.	Proporciona información sobre una técnica alternativa para la colocación de sondas postpilóricas.
Clifford (12)	Moderado-Alto	Falta de grupo de control. No se menciona explícitamente la aprobación ética.	Presenta información útil para la práctica clínica en el ámbito de los cuidados neonatales.

La mayor parte de los estudios incluidos presentan una calidad moderada-alta, siendo las principales limitaciones la falta de un grupo control, muestras pequeñas o la falta de cegamiento, así como la ausencia de criterios bien definidos.

Posteriormente, como se muestra a continuación en la Tabla 2, se ha analizado la variabilidad, la fiabilidad y la validez de cada estudio

teniendo en cuenta el porcentaje de éxito de la técnica.

La variabilidad, fiabilidad y validez de los estudios resultan moderadas debido a la falta de un grupo control, las diferencias entre pacientes y personal que realiza la técnica, muestras reducidas o estudios que solo se realizan en un centro y por lo tanto no podrían corresponderse los resultados con la realidad.

TABLA 2. Análisis de variabilidad, fiabilidad y validez de los artículos.

Artículo	Tipo de estudio	Variabilidad	Fiabilidad	Validez	Porcentaje de éxito
Jazayeri et al. (2022)	Revisión	No aplicable	Baja Falta de evaluación formal de calidad	Baja Falta de metodología sistemática	No aplicable
Rollins (2018)	Revisión	Alta Respuestas heterogéneas	Moderada	Moderada	No aplicable
Brown et al. (2017)	Estudio observacional	Moderada	Moderada	Moderada	90% (27/30)
Koot et al. (2016)	Estudio prospectivo	Moderada	Moderada	Moderada	97% (29/30)
Jha et al. (2020)	Estudio comparativo	Moderada	Alta Tamaño de muestra adecuado	Alta Aleatorización	EM: 94%; Ciego: 57%
Clifford et al. (2017)	Guía práctica	Moderada	Moderada	Moderada	No aplicable
Turner et al. (2020)	Estudio prospectivo	Moderada	Moderada	Moderada	92% (46/50)
Williams (2020)	Revisión	No aplicable	Baja Falta de evaluación formal de la calidad	Baja Falta metodología sistemática	No aplicable
Hawk & Valdivia (2021)	Revisión sistemática	No aplicable	Moderada	Moderada	Varía según método
Ketsuwan et al. (2021)	Ensayo controlado aleatorio	Baja	Alta Tamaño de muestra adecuado	Alta Aleatorización, doble ciego y placebo	Metoclopramida: 80%; Placebo: 50%
Hamilton et al. (2021)	Estudio observacional	Baja (Protocolo estandarizado)	Moderada	Moderada	80% (24/30)
Osawa et al. (2021)	Estudio prospectivo	Moderada	Moderada	Moderada	94% (17/18)

4. Resultados

TABLA 3. Resultados de la búsqueda.

Autor	Pacientes	N	Objetivos	Metodología	Resultados	Limitaciones
Williams et al (5)	Pediátricos	–	Explorar la literatura disponible para guiar cual es el mejor método de inserción	Revisión de literatura.	Inserción a pie de cama es segura y eficaz. No está claro cuál es el mejor método.	Difícil tomar decisión ya que la evidencia es limitada.
ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS						
Ketsuwan et al (6)	Pediátricos UCIP 1m - 18 a	N = 82	Determinar la eficacia de la Metoclopramida intravenosa en la inserción de la sonda transpilórica a ciegas en niños críticos.	Los pacientes se distribuyeron de forma aleatoria de forma que 42 recibieron la Metoclopramida y 40 el placebo, SSF 0,9%.	Los pacientes se distribuyeron de forma aleatoria de forma que 42 recibieron la Metoclopramida y 40 el placebo, SSF 0,9%.	No puede confirmarse si la colocación adecuada del extremo distal es debida a la acción de la Metoclopramida o no.
Jha et al (7)	Pediátricos < 3 kg.	N = 52	Comparar el tiempo de inserción, número de intentos y exposición a radiación del método a ciegas y el método EM.	Se distribuyeron de forma aleatoria en dos grupos: 28 recibieron la inserción electromagnética y 24 la inserción a ciegas.	La tasa de éxito del primer grupo fue del 96% al primer intento y la del segundo del 66,7%. El método electromagnético es más seguro y eficaz que el método a ciegas.	Estudio en un solo centro. Equipo de profesionales de enfermería experimentados. No es un estudio cegado. Posible Bias.
REVISIÓN SISTEMÁTICA						
Hawk et al(8)	Pediátricos	N = 14 estudios	Determinar la eficacia de diferentes métodos de inserción de la sonda transpilórica a pie de cama.	Revisión sistemática de ensayos sobre los métodos de inserción transpilórica en niños de 0 a 18 años.	No hay evidencia clara sobre las mejores prácticas. La insolación de aire es la más estudiada y moderadamente efectiva. Impacto positivo de entrenar a pequeños grupos de personal en la realización de la técnica.	Poca evidencia y pocos niños estudiados. Estudios de poca calidad incluidos.
REVISIÓN NO SISTEMÁTICAS						
Jazayeri et al (1)	Pediátricos	–	Revisión tipo "State-of-the-art"	Revisión de artículos en PUBMED desde 1995 al 2021 de los métodos de inserción de accesos transpilóricos.	La inserción a pie de cama es el método de primera línea, ya que el 95% de las veces es exitoso. La fluoroscopia es el de elección ya que tiene mayor porcentaje de éxito y la endoscopia de segunda línea.	Evidencia científica limitada.

Autor	Pacientes	N	Objetivos	Metodología	Resultados	Limitaciones
COHORTES						
Koot et al (4)	Pediátricos > 2,5 kg con un intento fallido de inserción de sonda postpilórica	N = 49	Evaluar la factibilidad y seguridad del método EM como método de rescate cuando falle la inserción a pie de cama	Estudio prospectivo en el que se intentó el método EM antes que la fluoroscopia o la endoscopia.	Éxito del 82% sin eventos adversos. Costes algo más elevados que la Fluoroscopia. Es necesario personal entrenado.	Hay poca diferencia con estudios que lo utilizan como primera técnica debido al personal con mayor experiencia en la técnica.
Hamilton et al (9)	UCIP en torno a 3,89 años.	N = 100	Describir un programa liderado por profesionales de enfermería para la inserción de la sonda transpilórica en una UCIP	Revisar información sobre los pacientes de forma retrospectiva.	Intentos a pie de cama con un éxito del 84,9%. Mayor probabilidad de éxito en < 5 años. Poca incidencia de complicaciones.	No mencionada.
Turner et al (10)	Pediátricos 3,89 años de media.	N = 100	Evaluar la inserción de la sonda transpilórica y los cuidados de enfermería tras la implementación de un programa liderado por profesionales de enfermería.	Inserción a pie de cama a ciegas con instalación de aire y sin asistencia de dispositivos. Existe un programa liderado por enfermeras para obtener las competencias sobre el sondaje transpilórico.	El 93% recibió el método a pie de cama con un 84,9% de éxito. No se registraron complicaciones graves.	Al ser retrospectivo, disminuye el detalle de la información.
CASOS Y CONTROLES						
Brown et al (3)	Pacientes < 18 años y > 3 kg en una UCIP. Pediátricos	N = 73 (grupo control 30 y grupo intervención 43)	Determinar la efectividad del uso de la inserción electromagnética en la disminución de la radiación, número de intentos, número de transportes hospitalarios y número de sondas utilizadas	Estudio cuasi-experimental. Grupo control histórico con grupo intervención prospectivo. Se realizó un programa de formación para 8 enfermeras de la unidad.	El nivel de radiación en el grupo intervención fue significativamente menor que en el grupo control. La tasa de éxito es de 66% vs 45%	El estudio solo se ha llevado a cabo en un centro. Un grupo de profesionales de enfermería más amplio realizó la inserción en el grupo control. En el grupo intervención fue un grupo de profesionales.
Osawa et al (11)	Pediátricos	N = 115 EM: 30 A ciegas: 85	Evaluar el efecto de la sonda transpilórica insertada de forma EM en pacientes críticos pediátricos.	Estudio retrospectivo. Mayor éxito en la inserción con ultrasonido.	Se necesita una investigación con mayor número de pacientes pediátricos. Eficaz, no asociada a eventos adversos.	No supervisaron las intervenciones los investigadores. No se aleatorizó a los pacientes. No criterios de estándar para el procedimiento. Utilización de dos sondas: gástrica + postpilórica.

Autor	Pacientes	N	Objetivos	Metodología	Resultados	Limitaciones
ESTUDIOS TRANSVERSALES						
Rollins et al (2)	Pediátricos 0 – 13 años	N = 36	Buscar consenso sobre el procedimiento	Realizó dos encuestas que evidencian la falta de consistencia en el procedimiento.	Se necesitan estudios más potentes que arrojen luz sobre el tema.	Evidencia científica limitada.
QUALITY IMPROVEMENT						
Clifford et al (12)	Neonatos UCIN	N = 42	Es segura la técnica de inserción a pie de cama por el profesional de enfermería	60 sondas colocadas. 42 colocadas de forma exitosa al primer intento, 70% de aciertos.	No influyen los años de experiencia del profesional de enfermería en el resultado del procedimiento.	Muestra diferente a la de una UCIN convencional. No se puede extrapolar a otros pacientes de UCIN.

TABLA 4. Análisis de variabilidad, fiabilidad y validez de las técnicas de inserción.

Método	Variabilidad	Fiabilidad	Validez
Guiado electromagnético	Baja variabilidad en tasas de éxito (94-97%)	Alta fiabilidad con tasas consistentes de éxito en el primer intento	Alta validez, confirmada por verificación radiográfica
Colocación a ciegas	Alta variabilidad en tasas de éxito (57-80%)	Menor fiabilidad, a menudo requiere múltiples intentos	Validez moderada, puede requerir confirmación adicional
Guiado por endoscopia	Baja variabilidad, considerando el estándar de oro	Alta fiabilidad, pero requiere personal especializado	Alta validez, la visualización directa asegura la colocación correcta
Guiado por ultrasonido	Baja variabilidad, 94% de éxito en el primer intento	Alta fiabilidad, tiempo medio de inserción de 18 minutos	Alta validez, confirmada por verificación radiográfica

Según lo descrito en la Tabla 4, el método con alta fiabilidad y validez con baja variabilidad es el método electromagnético. Sin embargo, el método más utilizado, a pie de cama presenta las características opuestas.

5. Discusión

Para empezar, no hay un consenso sobre la medición de la longitud de la sonda. Rollins et al, describen tres formas [2]:

- Distancia entre nariz – lóbulo de la oreja ipsilateral y apéndice xifoides, y luego hasta la cresta iliaca derecha.
- Distancia interna entre la comisura labial,

al píloro y hasta el cuadrante inferior derecho del abdomen.

- Distancia desde el lóbulo de la oreja al apéndice xifoides y hasta el margen costal lateral, y luego añadir 10 cm.

La primera, es la más actual y se encuentra descrita en otros artículos, que aconsejan colocar al paciente en decúbito lateral derecho antes de progresar la sonda hacia el intestino delgado [7].

Clifford et al., Otras medidas para mejorar las probabilidades de éxito [12]:

- Utilizar sondas sin punta lastrada. Algunos autores les atribuyen mayor tasa de éxito y otros no. Pero si suponen un retraso en el inicio de la nutrición enteral (6

a 8 horas) para que la punta migre al duodeno [5,10].

- No se recomiendan las sondas capaces de avanzar a duodeno por sí mismas porque hay poca evidencia en cuanto a su uso en pediatría [2].
- Purgar la sonda con agua para soltar el fiador.
- Lubricar el extremo distal exterior con agua gelificada.
- Retirar el fiador tras comprobar localización en cavidad gástrica, aspirando contenido y comprobado que su pH es menor o igual a 5.
- Colocar al paciente en decúbito lateral derecho con el cabecero a 30-45°.
- Insuflar aire con una jeringa de 10 ml avanzando poco a poco. Se recomiendan 10 ml/kg sin suponer ningún riesgo para el paciente [5].
- Comprobar la posición de forma inmediata mediante radiografía de tórax, aunque hay estudios que describen la insuflación de aire como un método moderadamente efectivo [8].

Tampoco hay consenso sobre el uso de agentes procinéticos como la Metoclopramida para favorecer la posición de la sonda en duodeno. Algunos autores no los recomiendan en pacientes con motilidad intestinal normal, otros no declaran ningún beneficio, y otros aseguran mayor eficacia con su utilización [6,10].

Varios autores aseguran que es un método seguro y exitoso en el 95% de los casos. Sobre todo, con la creación de equipos entrenados en la técnica e instaurando programas de formación y entrenamiento, con los que se han conseguido inserciones exitosas al primer intento y sin la presencia de complicaciones graves como perforación intestinal [1,8,9].

Programas liderados por enfermeras con una tasa de éxito del 89,5%, reduciendo así los niveles de radiación [5,10].

Algunos hospitales han protocolizado el procedimiento de la siguiente manera [1]:

- 1° línea: técnica a pie de cama. Sonda no lastrada con fiador. En caso de fallar, utilizar dispositivo EM.

- 2° línea: fluoroscopia.
- 3° línea: endoscopia, el más invasivo.

Las enfermeras del Hospital Universitario de Louton y Dunstable han desarrollado un algoritmo similar para evitar radiaciones innecesarias. Proponen la fluoroscopia como primera línea en casos complejos como pacientes con malformaciones anatómicas. (2)

6. Conclusión

La sonda transpilórica es una técnica de enfermería que se ha estudiado poco en el paciente pediátrico.

Existen varios métodos de inserción de esta, por un lado, están los métodos más avanzados e invasivos, como la fluoroscopia o la endoscopia, que pueden llegar a ser reemplazados por la inserción guiada mediante dispositivos electromagnéticos.

Por otro lado, la inserción a pie de cama o a ciegas, sigue siendo la más sencilla y todavía muy necesaria en unidades donde no se dispone de medios para llevar a cabo métodos más complejos.

Es una técnica segura y eficaz siempre y cuando se sigan las recomendaciones y se entrene a los profesionales en la técnica. Hasta la comprobación más fiable que existe es la radiografía de tórax, pero pueden utilizarse otros métodos para orientar la posición y así reducir el número de intentos y de radiografías [11].

La instauración de algoritmos de actuación y protocolos en los hospitales, como los ya mencionados, resultan positivos al disminuir el número de radiaciones innecesarias.

También resulta efectiva la realización de programas de formación para repasar la técnica con los profesionales de enfermería, y aumentar los conocimientos y el nivel de confianza a la hora de llevar a cabo la técnica, lo que también aumenta la tasa de éxito al primer intento.

Es importante mencionar que existe poca evidencia disponible sobre el tema, por lo que hacen falta estudios de mayor calidad que arrojen luz a cuestiones sin resolver como por ejemplo el uso de agentes procinéticos para facilitar la inserción [5].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jazayeri A, McConnie RM, Ross AM, Montijo-Barríos E, Ballengee Menchini C, Tulin-Silver S, et al. Postpyloric Feeding Access in Infants and Children: A State of the Art Review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 1 de septiembre de 2022 [citado 6 de noviembre de 2023];75(3):237-43. Disponible en: [10.1097/MPG.0000000000003518](https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003518)
2. Rollins H. Nasojejunal tube feeding in children: knowledge and practice. *Br J Community Nurs* [Internet]. julio de 2018 [citado 1 de noviembre de 2023];23(Sup7):S7-12. Disponible en: [10.12968/bjcn.2018.23.Sup7.S7](https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.Sup7.S7)
3. Brown AM, Perebza C, Handwork C, Gothard MD, Nagy K. Use of Electromagnetic Device to Insert Postpyloric Feeding Tubes in a Pediatric Intensive Care Unit. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses* [Internet]. mayo de 2017 [citado 11 de agosto de 2023];26(3):248-54. Disponible en: [10.4037/ajcc2017202](https://doi.org/10.4037/ajcc2017202)
4. Koot BGP, Limpens ANJM, Westerhout R, Benninga MA, Duflou ACEM, Singels LCM, et al. Electromagnetic Guided Postpyloric Tube Placement in Children: A Feasible and Promising Technique. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. febrero de 2016 [citado 8 de noviembre de 2023];62(2):353-6. Disponible en: [10.1097/MPG.0000000000000940](https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000940)
5. Williams L. Postpyloric Tube Insertion in Children: What Method Is Best? *Adv Crit Care* [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [citado 9 de noviembre de 2023];31(4):419-24. Disponible en: [10.4037/aacnacc2020263](https://doi.org/10.4037/aacnacc2020263)
6. Ketsuwan S, Tanpowpong P, Ruangwattanapaisarn N, Phaopant S, Suppalarkbunlue N, Kooanantkul C, et al. Intravenous Metoclopramide to Improve the Success Rate of Blind Bedside Post-pyloric Placement of Feeding Tube in Critically Ill Children: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Front Pediatr* [Internet]. 22 de diciembre de 2021 [citado 28 de octubre de 2023];9:739247. Disponible en: [10.3389/fped.2021.739247](https://doi.org/10.3389/fped.2021.739247)
7. Jha P, Rupp L, Bonilla L, Gelfond J, Shah JN, Meyer AD. Electromagnetic Versus Blind Guidance of a Postpyloric Feeding Tube in Critically Ill Children. *Pediatrics* [Internet]. octubre de 2020 [citado 8 de noviembre de 2023];146(4):e20193773. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3773>
8. Hawk H, Valdivia H. Bedside Methods for Transpyloric Feeding Tube Insertion in Hospitalized Children: A Systematic Review of Randomized and non-Randomized Trials. *J Pediatr Nurs Nurs Care Child Fam* [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 18 de septiembre de 2023];60:238-46. Disponible en: [10.1016/j.pedn.2021.06.023](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.06.023)
9. Hamilton S, Turner A, Ariagno K, Arena A, Mehta NM, Martinez E. Blind Placement of Post-Pyloric feeding tubes by nurses in the PICU is safe and feasible. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. marzo de 2021 [citado 28 de octubre de 2023];22(Supplement 1 3S):78. Disponible en: [10.1097/01.pcc.0000738716.03394.fc](https://doi.org/10.1097/01.pcc.0000738716.03394.fc)
10. Turner AD, Hamilton SM, Callif C, Ariagno KA, Arena AE, Mehta NM, et al. Bedside Postpyloric Tube Placement and Enteral Nutrition Delivery in the Pediatric Intensive Care Unit. *Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr* [Internet]. abril de 2020 [citado 1 de noviembre de 2023];35(2):299-305. Disponible en: [10.1002/ncp.10452](https://doi.org/10.1002/ncp.10452)
11. Osawa I, Tsuboi N, Nozawa H, Nishimura N, Nakagawa S. Ultrasound-Guided Postpyloric Feeding Tube Placement in Critically Ill Pediatric Patients. *Pediatr Crit Care Med J Soc Crit Care Med World Fed Pediatr Intensive Crit Care Soc* [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 28 de octubre de 2023];22(5):e324-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000002663>
12. Clifford P, Ely E, Heimall L. Bedside Placement of the Postpyloric Tube in Infants. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses* [Internet]. febrero de 2017 [citado 11 de octubre de 2023];17(1):19-26. Disponible en: [10.1097/ANC.0000000000000364](https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000364)

ESTUDIOS ORIGINALES

Programa de tutorización para enfermeras de hospital de día de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre

Tutoring program for oncology day hospital nurses at the University Hospital 12 October

Francisca Rebollo Cicuéndez

Enfermera de Práctica Avanzada de Oncología. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).

VIII Premios de Investigación CODEM 2024. Cuarto premio.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.373>

Cómo citar este artículo: Rebollo Cicuéndez, F., Programa de tutorización para enfermeras de hospital de día de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre. Conocimiento Enfermero 28 (2025): 18-42.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Introducción/justificación. La cronicidad del paciente oncológico requiere de una atención enfermera con competencias adecuadas a las necesidades. En ausencia de especialidad la evidencia dice que los programas de tutorización pueden ser una escalera clínica en la adquisición de los conocimientos, habilidades y aptitudes.

Objetivo. Evaluar la efectividad de un programa de tutorización en las enfermeras de hospital de día de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Hipótesis. La implementación de un programa de tutorización aumenta las competencias y engagement en los profesionales de enfermería.

Material y métodos. Estudio cuasiexperimental mixto. De enero a diciembre, primera fase: desarrollo del programa formativo y recogida de datos; segunda fase: intervención a través de una plataforma formativa con diez módulos y unas rotaciones prácticas por las diferentes unidades del servicio.

Resultados. Se producen diferencias estadísticamente significativas de las competencias (0,007) y en cuanto al engagement no se puede decir que los cambios producidos sean debidos a la intervención. La experiencia vivida permite conocer al otro y las diferentes perspectivas del paciente.

Discusión. La formación continuada es una obligación, también un derecho que debe facilitarse desde las organizaciones estos programas con la ayuda de una enfermera de práctica avanzada podría ser de gran ayuda, este estudio señala un cambio en las competencias y la experiencia vivida arroja datos que dejan abiertas futuras líneas de investigación y áreas de mejora.

Palabras clave: enfermería; tutoría; mentoría; preceptoría/métodos; cuidados del paciente; compromiso laboral.

ABSTRACT

Introduction/justification. The chronicity of cancer patients requires nursing care with competencies appropriate to their needs. In the absence of specialty, the evidence says that mentoring programs can be a clinical ladder in the acquisition of knowledge, skills and aptitudes.

Objective. To evaluate the effectiveness of a tutoring program in the nurses of the Oncology Day Hospital of the Hospital Universitario 12 de Octubre.

Hypothesis. The implementation of a tutoring program increases the competencies and engagement of nursing professionals.

Material and methods. Mixed quasi-experimental study. From January to December, first phase: development of the training program and data collection; second phase: intervention through a training platform with ten modules and practical rotations through the different units of the service.

Results. There were statistically significant differences in competencies (0.007) and in terms of engagement, it could not be said that the changes produced were due to the intervention. The lived experience allows us to get to know the other person and the different perspectives of the patient.

Discussion. Continuous training is an obligation, also a right that should be provided by organizations. These programs with the help of an advanced practice nurse could be of great help, this study points to a change in competencies and lived experience yields data that leave open future lines of research and areas for improvement.

Keywords: nursing; mentoring; mentorship; preceptorship/methods; patient care; work engagement.

1. Introducción

El número de cánceres diagnosticados en España en el año 2022 fue de 280.000 casos, aun siendo la primera causa de mortalidad está disminuido en los últimos años y ha aumentado la supervivencia, gracias a la prevención, el diagnóstico precoz, los avances terapéuticos y en hombres por ejemplo la disminución en el consumo de tabaco según los datos del Global Cancer Observatory (GCO), elaborado por la International Agency for Research on Cancer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recoge a su vez los datos de GLOBOCAN. Además, el aumento demográfico y el envejecimiento de la población apuntan a un cambio de estrategia en el cuidado del paciente oncológico, la tendencia a la cronicidad necesita de profesionales cualificados [1].

Actualmente, no existe en España la especialidad de enfermería oncológica [2]. Esto hace que al llegar a una unidad de oncología las enfermeras tengan que aprender a contrarreloj o solicitar la ayuda de las compañeras más expertas, además estas unidades suelen tener elevadas cargas de trabajo. Por todo ello, el aprendizaje se centra en la administración de quimioterapia, descuidando otras áreas importantes para el paciente y generando estados de burnout en los profesionales [3]. De esta forma, tal y como apuntó Patricia Benner las enfermeras principiantes avanzadas, con menos de dos años de experiencia o enfermeras más expertas que se inician en una unidad desconocida para ellas, no dominan el entorno desde una perspectiva amplia y precisan del apoyo de otra enfermera al menos competente para proporcionar cuidados integrales al paciente [4].

Ya en 1965, Peplau, reconocía la importan-

cia de la enfermería oncológica [5]. Conscientes de este problema, la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) y la European Oncology Nursing Society (EONS) destacan la importancia de la formación y la creación de estándares y normas que guíen la práctica de la enfermera de oncología. Ambas han tratado de definir el ámbito de la práctica de la enfermería oncológica y determinar los estándares que aseguren la calidad de los cuidados [6,7], uno de estos estándares es la formación permanente:

“La práctica de la enfermería oncológica se define como la prestación de servicios enfermeros profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal”

Entidades universitarias y educacionales están también haciendo esfuerzos en la creación de másteres y cursos especializados en oncología. Los sistemas educativos deben adaptarse continuamente para permitir a las enfermeras anticiparse al futuro al tiempo que satisfacen las necesidades actuales de atención tal y como señala el Consejo Internacional de Enfermería [8]. En este sentido ya no se trata sólo de desarrollar las competencias desde programas formativos, sino que esa adaptación debe ir más allá en un continuo acompañamiento y asesoramiento. Slater et al. [9], en una revisión resalta el desarrollo de una cultura de desarrollo continuo en el que las responsabilidades individuales de los profesionales al servicio de la sociedad junto con el compromiso de las organizaciones desarrollen modelos de tutorización en los que se incluyan la relación enfermera-paciente, los

resultados del paciente junto con colaboración práctica y desarrollo profesional.

Es necesario crear una cultura de cuidados oncológicos dentro de cada unidad para que las enfermeras puedan adquirir los conocimientos, aptitudes y habilidades con el apoyo y motivación pertinentes [8].

Según Mijares et al. [10], los programas de tutoría podrían ser esa escalera clínica de adquisición de competencias establecidas para aumentar los conocimientos, habilidades y aptitudes de las enfermeras sin sobrecargar al resto de compañeras y aumentando la autoconfianza, así como el compromiso laboral.

Estudios realizados por Sigma Theta Tau y la SEEO ponen de manifiesto el utilizar programas de tutoría únicos que abogan por un entorno de apoyo a las enfermeras donde se fomente el crecimiento profesional y personal. En ausencia de especialización oncológica tener un programa formal de tutoría puede ser de gran ayuda [6,11].

La palabra “mentor” señala una relación por la cual el conocimiento y la sabiduría se transmiten de un experto superior a un individuo más novato. La mentoría se define como el empoderamiento del colega y difiere de otros conceptos educativos como una enseñanza formal que simplemente denota la transmisión de conocimientos sin que el “maestro” adopte otros roles como el de entrenador o consejero para proporcionar orientación y asesoramiento en el desarrollo profesional del “estudiante”. Se trata de un acompañamiento constante en el que guiar, impulsar, aconsejar, ayudar [12].

La evidencia dice que los programas de tutorización mejoran las competencias y el compromiso laboral en diversos estudios y revisiones de la literatura.

Así, Aparicio et al. [13], en una revisión de la literatura tiene por objetivo determinar si existe evidencia que respalde los programas de tutoría, éstos aumentan la satisfacción, mejoran las habilidades y competencias, así como el compromiso laboral. Para que ello sea posible es necesario que se lleven a cabo con grupos reducidos de aprendizaje y se puedan reducir las cargas de trabajo tanto para el mentor como para el tutorizado para que la retroalimentación por pares y el pensamiento crítico sean po-

sibles [14,15]. Las competencias adquiridas y la comunicación en equipo son estadísticamente significativas ($p < 0,054$).

En un estudio experimental llevado a cabo por Wua et al. [16] se examina la efectividad de un programa de pedagogía clínica basado en la web en comparación con uno presencial. Si además se combina con el apoyo continuo y un encuentro entre pares, la intervención obtiene resultados significativos ($p < 0,005$). Esta modalidad de aprendizaje permite adaptar los ritmos de trabajo y compaginar el tiempo con la familia y el ocio [17].

Otros como el de Edward et al. [18], avalan el compromiso de la organización. Y en la mayoría de los casos, tal y como señala Taylor et al. [19], el mentor debe tener una capacitación formal.

2. Justificación

Aunque hay evidencia que respalda estos programas no existe tanto en el ámbito que nos ocupa de la oncología, es por esto por lo que dada la relevancia se nos plantea la siguiente **pregunta en formato PIO**:

¿Un programa de tutorización en las enfermeras de oncología aumentaría sus competencias y compromiso en la unidad?

El hospital de día de oncología médica del Hospital Universitario 12 de Octubre atiende una media diaria de 80 pacientes con diagnóstico de cáncer sólido. Los profesionales de enfermería cuidan a los pacientes a lo largo de todo el proceso, en la sala de tratamiento, las diferentes consultas de enfermería, la consulta de accesos venosos, la sala de extracciones y/o departamento de ensayos clínicos. La complejidad del paciente, la falta de especialización, la estructura organizativa de recursos humanos en cuanto a selección de personal por concurso-oposición o bolsas temporales de trabajo, hacen que las enfermeras no tengan las competencias totalmente adquiridas por la falta de conocimientos, la ansiedad que produce aprender a contrarreloj, la falta de tiempo para dar formación por parte de compañeras expertas, las cargas de trabajo que

igualmente dificultan la enseñanza... aspectos todos ellos que pueden derivar por un lado, en unos cuidados de calidad pero no de excelencia y por otro en estados de burnout profesional y fatiga por compasión [3]. A pesar de todo ello un estudio reciente realizado en la unidad respecto al manejo de los principales efectos inmunomediados [20] dejó de manifiesto la profesionalidad de la profesión por las palabras de gratitud de los pacientes cuando son guiados y cuidados por enfermeras que sí se implican en el cuidado. Por lo tanto, la complejidad del paciente deja de manifiesto que nuestra atención basada en la evidencia y la experiencia aporta unos cuidados de calidad tanto a la persona como a la familia.

En 2021, con la fin de conseguir los estándares que marca la práctica enfermera, se llevaron a cabo dentro de la unidad unas sesiones bajo el proyecto formativo “Caminando juntos: abriendo horizontes”, acreditado por la Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid con 1 crédito CFC. El resultado obtenido fue por un lado la satisfacción de los participantes y por otro la necesidad de formación entre los asistentes [21]

Por otro lado, la seguridad del paciente aumenta cuando la formación del profesional es mayor evitando errores en la atención [22]. Según la estadística de incidentes de seguridad en el Hospital Universitario 12 de Octubre (HU12O) de la Comunidad de Madrid (CAM), el número de incidentes por factores ligados a la formación y al aprendizaje fue de 31 con una incidencia de 12,7% en 2021 [23].

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de implementar intervenciones de tutorización entre los profesionales de enfermería pues nos encontramos con un volumen diario de paciente elevado donde las enfermeras sin especialidad formal adquieren conocimientos a través de la práctica diaria por las enseñanzas de las compañeras, la observación y la motivación personal. Las responsabilidades por unos cuidados de calidad construyen un ambiente laboral de supervivencia donde cada enfermera embulle en un horizonte limitado que no deja ver más allá, llegando al burnout y haciendo que el compromiso en la unidad merme.

Hay que destacar que la unidad cuenta con

dos enfermeras de práctica avanzada que podrían tutorizar con un programa adecuado a las enfermeras de oncología [24].

En este contexto, se propone este proyecto que es aceptado en la convocatoria de becas de la actividad intensificadora de investigación enfermera 2022-2023 y cuya memoria se describe en el presente documento.

3. Objetivos

Objetivo principal:

- Evaluar la efectividad de un programa de tutorización en las enfermeras de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos secundarios:

- Aumentar las competencias profesionales de las enfermeras de oncología.
- Mejorar el compromiso laboral de los profesionales de enfermería del hospital de día de oncología.
- Conocer la percepción de la seguridad en el paciente.

Hipótesis:

- La implementación de un programa de tutorización aumenta las competencias y grado de compromiso en los profesionales de enfermería del hospital de día de oncología.

4. Material y métodos

4.1. Diseño

Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental longitudinal mixto, donde una muestra sin asignación aleatoria es estudiada antes y después de una intervención de tutorización.

4.2. Población y muestra

El estudio se desarrolló entre los profesionales de enfermería que atienden al paciente oncológico en el hospital de día de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre.

El tipo de muestreo utilizado en este estudio es de tipo no probabilístico. Los primeros participantes fueron reclutados por un muestreo intencional y en respuesta a los hallazgos emergentes de la investigación se seleccionaron por un muestreo teórico [25]. En este sentido, Martínez-Salgado [26], se refiere al muestreo no probabilístico intencional como aquel que permite trabajar con números pequeños de observación y aportan información profunda y detallada, de ahí la importancia del contexto, por este motivo no se emplea ningún cálculo para el tamaño de la muestra, así como tampoco se realizó una revisión bibliográfica puesto que la población de estudio era pequeña.

Inicialmente se reclutaron 27 participantes de los cuales 18 fueron los que completaron el estudio.

4.3. Criterios de inclusión

Todas las enfermeras que trabajan en hospital de día y que voluntariamente quisieran participar durante el periodo de reclutamiento que se estableció de enero a mayo, antes del inicio de apertura de plataforma on line.

4.4. Descripción de las variables del estudio

Las variables que se recogen en el estudio son las siguientes:

Variable independiente: Programa de tutorización compuesto por: a) una parte teórica en plataforma online; b) una práctica de rotaciones por las diferentes unidades del servicio. En todo el proceso se lleva a cabo un aprendizaje por pares tutorizado.

Variables dependientes:

- *Competencia profesional:* variable cualitativa politómica medida con escala ordinal.
- *Engagement o grado de compromiso con la unidad:* variable politómica médica con escala ordinal.
- *Percepción de la seguridad en el paciente:* variable politómica médica con escala ordinal.

Variables secundarias:

- Edad (en años): variable cuantitativa discreta.
- Sexo, tiempo egresado (en años). Variable cualitativa dicotómica.
- Tiempo en la unidad (en meses). Variable cuantitativa discreta.
- Estado civil. Variable cualitativa dicotómica.
- Tener hijos. Variable cualitativa dicotómica.

Variables extrañas: Según diferentes estudios, la motivación, la ansiedad o el estrés pueden influir en el desarrollo profesional de los participantes, sin embargo, en el presente estudio no se ha valorado el control de las mismas y por ello podemos considerar el sesgo debido a los instrumentos de medida o de información.

4.5. Recogida de datos

Se emplearon 3 cuestionarios validados.

- **Cuestionario de Cuevas et al., 2016** (Anexo 1). Según la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [27] en el artículo 42 define competencia profesional como: “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le planteen”, no existen instrumentos de medida que evalúen las competencias dentro del ámbito de la oncología por lo que se escoge para su evaluación el mapa competencial de Cuevas [28].

El mapa competencial elaborado por Cuevas está constituido por 7 dominios y 28 competencias. Los niveles se evalúan utilizando una escala Likert con un rango de 1 (nunca), 2 (en ocasiones), 3 (con frecuencia), 4 (siempre).

Dominio 1: Identificación con el hospital. Consta de 3 competencias. Hace referencia a la capacidad y voluntad de orientar los propios intereses y comportamientos hacia las necesidades, prioridades y objetivos del hospital.

Dominio 2: Orientación al paciente-familia. Consta de 4 competencias. Hace referencia al deseo de ayudar a las pacientes a satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas.

Dominio 3: Trabajo en equipo y cooperación. Consta de 4 competencias. Hace referencia a la colaboración con otros, formando parte de un grupo que trabaja compartiendo procesos, tareas y objetivos.

Dominio 4: Flexibilidad. Consta de 5 competencias. Hace referencia a la habilidad de adaptación de distintas situaciones, personas o grupos en el trabajo, entendiendo y valorando posturas distintas o enfrentadas.

Dominio 5: Orientación al logro. Consta de 6 competencias. Hace referencia a la preocupación por hacer bien el trabajo o superar un estándar (mejorar los propios resultados), las metas personales o hacer bien las cosas de forma diferente para mejorar.

Dominio 6: Preocupación por el orden y la calidad. Consta de 3 competencias. Hace referencia a la preocupación permanente para reducir la incertidumbre del medio controlando el trabajo, la información utilizada, las funciones ejercidas y los roles desempeñados.

Dominio 7: Autocontrol. Consta de 3 competencias. Hace referencia a la capacidad de mantener bajo control las emociones, evitando reacciones negativas ante provocaciones u oposición por parte de otros o en situaciones de estrés.

- **Escala Utrecht de Engagement en el Trabajo** (Anexo 2).
Concepto opuesto al burnout, es una escala tipo Likert que mide el vigor, la adsorción y la dedicación en 17 preguntas en la encuesta abreviada. Las preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo y se evalúan con una escala Likert con un rango de 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (regularmente), 4 (bastantes veces), 5 (casi siempre), 6 (siempre) [29,30].
- **Medical Office Survey on Patient Safety Culture** (Anexo 3).

Los datos comparativos de la “encuesta española” son los obtenidos en una encuesta española de ámbito nacional de 2011, mientras que los datos comparativos de la “versión original” son los proporcionados por la Agency for healthcare research and quality (AHRQ) en 2012 [31,32].

Los niveles se evalúan con una escala Likert con un rango de la pregunta 1 a la 42 de 1 (muy en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (indiferente), 4 (de acuerdo), 5 (muy de acuerdo) y de la pregunta 53 a 61 con un rango de 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (casi siempre), 5 (siempre). La pregunta 43 se evalúa en una escala de 0 (mínima seguridad) a 10 (máxima seguridad). Las preguntas 44 a 51 se refieren a datos sociodemográficos y la 53 es de expresión libre.

Narrativas de los participantes

Expresan la experiencia vivida por los participantes durante las rotaciones prácticas. Se han anonimizado y eliminado cualquier nombre o alusión que pueda identificar a personas o a pacientes.

Indicadores de reacciones adversas en el paciente.

Obtenidas de programa informático oncosafety de administración de citostáticos.

4.6. Análisis de datos

Programa Excel para análisis estadístico

- Estadística descriptiva: Tabla de distribución de frecuencias expresado en porcentaje de la frecuencia relativa.
- Medidas de posición o tendencia central: media aritmética muestral.
- Medidas de dispersión: varianza.

Contraste de hipótesis:

- Se asigna un error estándar de la media del 5%, afirmando que con un 95% de probabilidad la población de estudio estará representada en la muestra.
- Significancia estadística de $p < 0.05$
- Test de Wilcoxon.

Análisis cualitativo:

- A partir de narrativas y algunas preguntas abiertas de los cuestionarios se extrae información cualitativa para lo cual se realiza extracción de las transcripciones en un mapa conceptual según las diferentes categorías encontradas.
- Mediante triangulación se procede a la validación de los resultados.

4.7. Intervención

La intervención fue un programa estructurado en dos partes bien definidas, llevada a cabo de mayo a diciembre:

Parte teórica: desarrollada en una plataforma Moodle on line en colaboración con la unidad de formación. Los contenidos se establecieron en una guía didáctica en conjunto con el equipo colaborador, se repartieron en diez módulos con vídeos y documentos además de un foro de participación e interacción (Figura 1).

FIGURA 1. Diagrama de flujo del estudio.

Módulo I:	Enfermería basada en la evidencia
Módulo II:	Generalidades
Módulo III:	Hospital de día de oncología
Módulo IV:	Administración de tratamientos
Módulo V:	Accesos venosos
Módulo VI:	Cáncer familiar
Módulo VIII:	Ensayos clínicos
Módulo IX:	Urgencias oncológicas
Módulo X:	Trabajo Multidisciplinar

Puesto que el programa de tutorización no tenía en cuenta los años trabajados en la unidad y desde las enfermeras principiantes a las expertas la necesidad de formación es una constante, se dejó la libertad de que cada participante escogiese los módulos en función de sus necesidades de conocimiento. Entendiendo las cargas de trabajo no se establecieron tiempos ni obligatoriedad en el acceso a la plataforma. La plataforma se abrió de mayo a diciembre.

Parte práctica: con un sistema de rotaciones a través de las diferentes unidades del servicio, consulta de enfermería, unidad de consejo genético, consulta médica, consulta de accesos venosos.

4.8. Desarrollo del estudio

El proyecto fue aprobado por la unidad de investigación del hospital obteniendo una beca de intensificación de la actividad investigadora para enfermería.

Una vez aprobado por el comité de ética, se informó a la dirección de enfermería (supervisora y adjunta de enfermería de área), comenzando en enero de 2023 hasta diciembre de 2023.

Se informó a través de una charla al personal y a través de correo electrónico. Los participantes firmaron consentimiento informado. Antes de realizar la intervención rellenaron los tres cuestionarios que se dieron en sobre cerrado manteniendo el anonimato y asignándoles un número de identificación. Tras finalizar el programa tuvieron que rellenar nuevamente los cuestionarios conservando de la misma manera la confidencialidad.

De enero a mayo se reclutaron los participantes, y se definió la guía didáctica con los contenidos que se colgaron en plataforma en formato vídeo, pdf e infografías en diez módulos. Los contenidos se desarrollaron por el equipo investigador y colaboradores.

De mayo a diciembre se lleva a cabo el programa con la inscripción de los participantes en el curso Moodle y el inicio de rotaciones, así como la tutorización por pares. El acceso al curso se dejó a las necesidades de cada participante en función de sus intereses, motivaciones y disponibilidad en el aprendizaje. Estudios como el de Vázquez et al. [33], señalan como el desarrollo profesional depende de aspectos como la motivación y/o las organizaciones. Cada participante tuvo 5 días para rotar por la unidad, al finalizar éstas se pidió una narrativa que valorase su experiencia, ver lo que hace el "otro" amplía el horizonte de realidades infinitas y permite ver las diferentes perspectivas del paciente y de la unidad.

La tutorización fue llevada a cabo por una enfermera de práctica avanzada (investigadora principal), con competencia intrínseca dentro del rol desempeñado y 20 años de experiencia en la unidad, así como formación en oncología [34].

5. Resultados

Se reclutaron 27 participantes de los cuáles completaron el estudio 18. El índice de respuesta es del 66%. La tasa de incumplimiento-abandono es de un 33%, hay que tener en cuenta que el periodo de desarrollo del programa incluye los meses estivales y un momento de reestructuración de personal por adjudicaciones de plazas fijas, salvo estas excepciones habría que considerar el resto de los motivos que han dado lugar a las pérdidas.

La edad media es de 39,27 años, y el sexo es de 17 mujeres frente a un hombre.

La frecuencia de años egresada, así como en el hospital y en la unidad se refleja en la figura 2.

5.1. Competencias

Según Díaz [35] las competencias se estructuran en tres componentes: a) Conocimientos: se refieren a la adquisición sistemática de conocimientos, clasificaciones, teorías, etc. Está relacionado con materias científicas o áreas profesionales; b)

Habilidades: implican el entrenamiento en procedimientos metodológicos aplicados relacionados con materias científicas o áreas profesionales (organizar, aplicar, manipular, diseñar, planificar, realizar, etc.); c) Actitudes y valores: elementos necesarios para el ejercicio profesional, se refiere a la responsabilidad, autonomía e iniciativa ante situaciones complejas.

No se han encontrado cuestionarios validados en el ámbito de la oncología que determinen cuáles son las competencias que debe tener una enfermera oncológica, por ello se decidió optar por la encuesta global de competencias de la enfermera generalista de Cuevas.

En general existe poca dispersión de los resultados, quedando los valores concentrados en las respuestas “con frecuencia” y “siempre” y poca variabilidad entre el antes y después. En el pre con una media de 3,9722222 y una DT 0,37373347, y en el post con una media de 3,52580952 y una DT de 0,2595707.

En el dominio orientación al logro, hay que destacar una mejora en las preguntas “acepta la apreciación y valoración de su trabajo” con un 94,4% de respuestas “siempre” junto con “quiere realizar el trabajo correctamente”.

El dominio de identificación con el hospital, se obtiene el mismo porcentaje de respuestas en la pregunta “se esfuerza en realizar su trabajo de forma adecuada en función de los procedimientos establecidos” con un 77,7% “siempre” tanto antes como después de la intervención y la pregunta “toma decisiones y ajusta sus prio-

FIGURA 2. Enfermería.

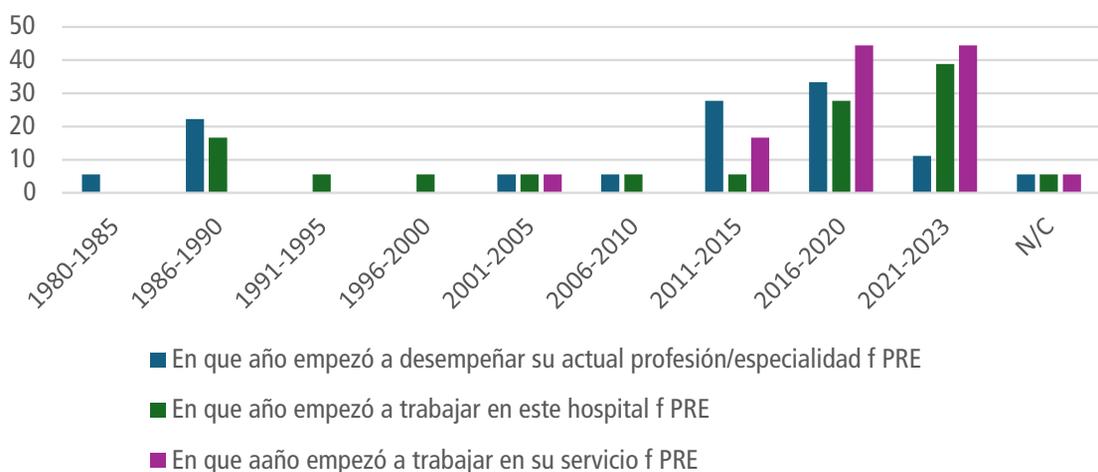


TABLA 1. Distribución de frecuencias en porcentaje de la frecuencia relativa con media su media y varianza.

		Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Siempre	N/C	Media	Varianza
Ofrece información útil y da servicio de forma cordial	PRE	0	0	22,22222	72,22	0	3,666666	0,352941
	POST	0	0	22,22222	72,22	5,55	3,555555	0,967320
Quiere realizar el trabajo correctamente	PRE	0	0	0	100	0	4	0
	POST	0	0	5,555555	94,44	0	3,944444	0,055555
Toma decisiones y ajusta sus prioridades a las necesidades del hospital	PRE	0	5,55555	38,88888	50	5,555	3,277777	1,035947
	POST	0	11,11111	61,11111	27,77	0	3,166666	0,382352
Acepta la apreciación y valoración de su trabajo	PRE	0	0	38,88888	61,11	0	3,888888	0,251633
	POST	0	0	5,55555	94,44	0	3,666666	0,005555
Se esfuerza en realizar su trabajo de forma adecuada en función de los procedimientos establecidos	PRE	0	0	22,22222	77,77	0	3,777777	0,183006
	POST	0	0	22,22222	77,77	0	3,777777	0,183006
Se compromete personalmente a subsanar los problemas pacientes-familia	PRE	0	5,55555	38,88888	55,55	0	3,5	0,382352
	POST	0	0	55,55555	44,44	0	3,444444	0,261437
Se anticipa a lo realmente el paciente espera de él.	PRE	0	5,55555	38,88888	50	5,555	3,277777	1,035947
	POST	0	0	72,22222	27,77	0	3,277777	0,212418

ridades a las necesidades del hospital” aumenta casi a la mitad el porcentaje de respuestas “con frecuencia”.

El dominio orientación a paciente y familia, obtiene el mismo resultado antes y después de la intervención la pregunta “ofrece información útil y da servicio de forma cordial” y aumenta casi la mitad el porcentaje de respuestas de “se anticipa a lo realmente el paciente espera de él” (Tabla 1).

El resto de los dominios: flexibilidad, trabajo en equipo, preocupación por el orden y la calidad y autocontrol muestran una varianza entre 0,1 y 0,9.

La Prueba de test de hipótesis Wilcoxon muestra valores estadísticamente significativos (0,007), esto nos lleva a rechazar la hipótesis nula y afirmar que los cambios producidos no se deben al azar sino en cierta medida al efecto de la intervención (Tabla 2).

TABLA 2. Test de Wilcoxon.

n	18
W+	6,5
W-	14,5
W	6,5
Z	-2,43278539
α	0,05
Valor crítico	1,96
p - α	0,00749159

5.2. Compromiso en la unidad

Schaufeli WB, Bakker AB [29], define engagement como: “... un estado mental positivo y satisfactorio frente al trabajo, el cual se caracteriza por el vigor, dedicación y absorción del individuo”.

TABLA 3. Distribución de frecuencias en porcentaje de la frecuencia relativa con media su media y varianza.

		nunca	casi nunca	algunas veces	regularmente	bastantes veces	casi siempre	siempre	N/C	Media	Varianza
En mi trabajo me siento lleno de energía	PRE	0	0	0	16,666	11,111	55,55	16,66	0	4,722	0,918
	POST	0	0	0	16,66	11,111	55,555	16,66	0	4,722	0,918
Mi trabajo está lleno de significado y propósito	PRE	0	0	0	5,555555	5,555555	33,33333	55,5555	0	5,388	0,722
	POST	0	0	0	0	22,222	27,777	50	0	5,277	0,683
Estoy orgulloso del trabajo que hago	PRE	0	0	0	5,5555	5,5555	27,777	61,11	0	5,444	0,732
	POST	0	0	0	0	16,666	16,666	61,11	0,55	5,5555	0,7320261
Me es difícil desconectarme de mi trabajo	PRE	6,6666	16,66	27,7	5,55555	22,22222	11,11111	11,1111	0	2,52941	4,13970
	POST	0	16,66	27,77	5,555555	22,22222	11,11111	11,1111	0,55	3,23529	3,31617

El compromiso con el trabajo se produce cuando existe un ambiente laboral cordial, se tiene el vigor y dedicación en las tareas que se realizan y éstas mejoran cuando se tienen las competencias.

Las respuestas obtenidas presentan una gran variabilidad, en las respuestas del pre con una media 4,40849673 y una DT de 0,80565683 y en las respuestas post con una media de 4,6503268 y una DT de 0,87516617, la más contestada es “regularmente” y “bastantes veces”.

La pregunta “mi trabajo está lleno de significado y propósito” es la que mejora significativamente, se mantiene igual “estoy orgulloso del trabajo que hago” y “en mi trabajo me siento lleno de energía. “Me es difícil desconectarme de mi trabajo” es la que más variabilidad tiene con una varianza de 4,1 antes y 3,3 después con mayor porcentaje en respuestas en “algunas veces” (Tabla 3).

TABLA 4. Test de Wilcoxon.

n	18
W+	106
W-	65
W	65
Z	-0,631292412
α	0,05
valor crítico	1,96
p - α	0,263924674

La Prueba de test de hipótesis Wilcoxon muestra valores con un nivel de significancia de 0,264 ($p > 0,005$), no podemos encontrar diferencias estadísticamente significativas y por lo tanto no se puede afirmar que los cambios producidos en el grado de compromiso sean debidos a la intervención. (Tabla 4)

5.3. Percepción de la seguridad en el paciente

La seguridad del paciente se define como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos. En el contexto asistencial más amplio, consiste en un conjunto de actividades organizadas que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención con los que reducir los riesgos de forma constante y sostenible, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen.

Destacar de este cuestionario las preguntas “hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” con un 38,8% de respuestas “muy desacuerdo” y un 55,5% de respuestas “en desacuerdo” antes de la intervención distribuyéndose más las respuestas en el post siendo mayoritariamente contestada como “indiferente”. Similar a esta categoría está la pregunta “ a ve-

ces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” con un 55,5% “muy de acuerdo” antes y un 50% “de acuerdo” después.

Igual medida se obtiene “en esta unidad nos tratamos todos con respeto” con un 55,5% antes y después de la intervención.

TABLA 5. Test de Wilcoxon.

N	18
W+	72
W-	99
W	72
Z	-0,73330949
α	0,05
Valor crítico	1,96
p - α	0,231684844

La Prueba de test de hipótesis Wilcoxon muestra valores con un nivel de significancia de 0,231 ($p > 0,005$), no podemos encontrar diferencias estadísticamente significativas y por lo tanto no se puede afirmar que los cambios producidos en el grado de compromiso sean debidos a la intervención y no a las variables extrañas (Tabla 5).

5.4. Análisis cualitativo de las narrativas

Para la presente memoria se realiza únicamente un análisis de contenido de la unidad de significado.

Los profesionales, establecieron sus narrativas, con una visión general seguido de la experiencia en cada una de las áreas, por lo que las narrativas muestran una estructura similar. Las áreas por las que se realizaron las rotaciones fueron: consulta de enfermería, consulta de accesos venosos, consulta de consejo genético, consulta médica y ensayos clínicos.

La unidad de significado se clasifica en las categorías: compromiso laboral, competencia profesional. Valoración global y motivación que se describen a continuación:

Compromiso laboral:

“...nos hace valorar la otra parte, ponernos en el otro lado”. P1

“...he sido capaz de entender y valorar el esfuerzo y sacrificio que cada uno de los profesionales que conforman mi equipo...” P2

“...falta dar más voz al trabajo que se lleva a cabo ...para poder tener más reconocimiento y comunicación...” P2

“...de esta manera podremos entender y ponernos en la piel de los demás cuando el trabajo no se da como uno quiere...” P2

“...ahora lo puedo entender aún mejor...” P3

“...la carga emocional que llevan las enfermeras de la consulta es elevada...” P7

“...tu proyecto de mentoring me ha ayudado mucho en mi incorporación al servicio y me parece que debería ser fundamental en cada unidad...” P7

“...me parecen interesantes las rotaciones, ya que permite conocer las diferentes perspectivas de los compañeros y del paciente...” P9

“...me agradó mucho la experiencia y veo la importancia que hay conocer la complejidad de los diagnósticos...” P9

Competencias:

“...me ayudó a reciclarme y a actualizarme... hay cosas nuevas y siempre se aprende...” P1

“...vi la labor tan importante que desempeña la consulta de enfermería. Atender al paciente, sobre todo la valoración y ayuda psicosocial”. P1

“...he visto una enfermería empoderada con mucha fuerza...capaz de gestionar y hacer un seguimiento exhaustivo de sus pacientes”. P2

“...pude aprender cómo gestionar situaciones e incluso aprender otros campos...” P2.

“...contesta enseguida y con evidencia científica actualizada...” P2.

“...me ha ayudado a comprender mejor el mecanismo de este dispositivo...” P3.

“...importante saber qué pasos se tienen que dar...”

“...tiene mucha importancia...conseguimos una prevención real de la enfermedad...” P4

“...y me encantó poder aprender su teoría...” P4

“...observé la complejidad del trabajo...” P5

“...me enseñó de una manera muy didáctica como poner un PICC...” P6

“...y me resolvió varias dudas sobre tratamientos y patologías...” P7

“...observas la importancia...ya que se pueden aplicar medidas de detección precoz...” P8

“...tuve la suerte de poder observar la canalización de tres dispositivos y considero que es imprescindible para poder comprender su manejo” P8

“...las rotaciones permiten el crecimiento profesional, mejora nuestra experiencia y genera nuevas habilidades.” P9

“...debemos ser capaces de aportar información veraz y correcta...” P9

“...es el área más desconocida dentro de la unidad y hasta que no pasas por ella no valoras la importancia que tiene el seguimiento genético para adelantarte a posibles cánceres...” P10

“...una de las cosas que más me gustaron de trabajar con las compañeras fue ver con la higiene...esterilidad...canalización...” P10

Valoración global:

“me encantó todas y cada una de las rotaciones...” P1

“...es muy importante que rotemos por las consultas médicas ya que nos ayuda a entender cómo se pauta el tratamiento, qué hay que valorar...” P1

“...he conocido, valorado y vivido en primera persona el tremendo trabajo que hace cada uno de los profesionales que conforma el equipo. Es importante conocer todas las hojas que conforman el árbol de la oncología médica para poder tratar a nuestros pacientes como personas bio-psico-sociales que son. De esta manera podremos entender y ponernos en la piel de los demás cuando el trabajo no se da como uno quiere...” P2

“...gracias una vez más...por hacerlo posible” P3

“la semana de mi rotación, pase cinco días que me sorprendieron...” P5

“...me parece una enfermera de diez...” P5

“en conclusión, la rotación me encantó” P5

“gracias al programa de la intensificación, he vivido el servicio de hospital de día de oncología médica de una manera diferente y he visto en una semana, rotando por diferentes consultas

como se trata a un paciente tan especial como es el paciente oncológico” P6

“...me ha llamado la atención la profesionalidad y la meticulosidad” P7

“...muchas gracias por tu esfuerzo y dedicación” P7

“La semana de intensificación es una experiencia que todos los profesionales deberían de disfrutar, ya que el servicio de oncológica es muy amplio, y poder conocer cómo trabajan los profesionales en los diferentes ámbitos nos ayuda a mejorar la atención a los pacientes.” P8

“gracias por el esfuerzo de organizar este proyecto” P9

“...ojalá los médicos también lo realizaran...” P10

“...la experiencia es muy positiva para todo el equipo...” P11

Motivación:

“se aprende mucho, cada sitio nos aporta cosas nuevas para poder desempeñar bien nuestro trabajo, ya que todos y cada uno de nosotros formamos este gran equipo...” P1

“...el mentoring es una magnífica herramienta de aprendizaje para el crecimiento tanto personal como profesional en cualquier ámbito laboral.” P2

“...es maravilloso escuchar a los diferentes profesionales del hospital debatir entre ellos los casos complicados...” P2

“...orgullosa de poder contar con profesionales tan inteligentes a mi lado y con tanta sabiduría” P2

“no sabía de la importancia de farmacia hasta que me senté con ellas...” P2

“...me encantó esta mañana...” P4

“una gran experiencia principalmente por la visión holística...” P5

“... me encantó el trabajo que hacen, la dedicación, el cariño y la ayuda que ofrecen a cada paciente...” P7

“...es la parte que más me gustó...” P10

“me resultó muy interesante conocer las principales mutaciones...” P10

“...la idea del mentoring ha sido un plan increíble para poder ver las distintas partes de las que se compone la unidad de oncología médica...” P10

“...me ha servido para generar inquietudes y aspectos en los que continuar formándome...”
P11

5.5. Criterios de rigor

Validez interna

Para garantizar la validez del estudio, se establecieron los mecanismos y estrategias necesarios para mantener el rigor metodológico, buscando conservar la relación y coherencia entre el título, el planteamiento del problema, la formulación de los objetivos, el planteamiento metodológico, la recolección de los datos y el análisis de la información.

El control de los sesgos de información, de selección de Hawthorne y de sociabilidad.

Validez externa

Si bien los hallazgos surgen en el contexto de dichos hallazgos pueden servir como referencia para otros estudios que tengan características similares a las de los contextos analizados.

Confiabilidad

Se garantiza empleando instrumentos de medida validados.

Objetividad

El criterio de objetividad aplicado a este estudio ha sido determinado por el enfoque utilizado para describir numéricamente las competencias de los profesionales en el cuidado al paciente con cáncer y el nivel en el que se ubican, con base en unas categorías teóricas pre-determinadas. Para este propósito, se ha elaborado y desarrollado un instrumento que sirve como referencia al desarrollo de estudios posteriores en el área del cuidado del paciente con cáncer. Al criterio de objetividad se le adiciona la relevancia del estudio al analizar un fenómeno del cuidado en el contexto clínico, para lo cual se ha hecho una revisión de manera sistemática de documentos que versan sobre el tema.

Difusión

Se proyecta la difusión de los hallazgos en eventos académicos y científicos ante las comu-

nidades profesionales interesadas en el cuidado del paciente con cáncer. Adicionalmente, se propone la elaboración y publicación de un artículo en una revista de enfermería nacional, con el fin de acercar la evidencia a los profesionales que se desempeñan en el ámbito clínico y académico.

6. Discusión

El Código deontológico de la Enfermería Española señala que “es solamente responsabilidad del profesional la actualización de sus propios conocimientos”. El objetivo es evitar todo tipo de actuaciones que puedan causar daño a la salud e incluso la vida de las personas a las que se atiende. Este código añade también que “los enfermeros y enfermeras han de ser conscientes de la necesidad de una formación continuada” y puesta al día, así como del desarrollo de los conocimientos adquiridos de esta manera en su ejercicio profesional [36]. Sin embargo, las cargas de trabajo, la falta de tiempo y en muchas ocasiones la falta de motivación dificulta esta responsabilidad individual.

Por su parte la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias [37] definió la formación continuada como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios... para aumentar sus competencias y poder adaptarse al cambio. Se trata de un pilar fundamental de las instituciones y como derecho de los profesionales éstas deben abogar por que sea una realidad. En este contexto el HU12 de Octubre ha instaurado la formación de los profesionales dentro del eje satisfacción de los profesionales del plan estratégico 2020-2024. Transforma el 12. También el II Plan estratégico de humanización de la asistencia sanitaria 2022-2025 contempla la formación una agencia para los profesionales.

Trabajar con la mejor evidencia disponible a partir de la investigación y la formación y en ausencia de especialidades en enfermería es un propósito responsable para todos los agentes del sistema sanitario.

En el estudio no se estableció obligatoriedad de acceso a la plataforma entendiendo que ésta

debía ser una ayuda para los participantes en su formación. El promedio de participantes se trata de una población joven que lleva trabajando entre 5 y 10 años en la unidad, el índice de participación y el acceso mayoritario a los módulos referentes a la administración de tratamientos contrasta con lo que dice la evidencia en cuanto a necesidad de disminuir las cargas de trabajo y compaginar modalidades web con presenciales [13,16]. El acceso a los contenidos se ha centrado en los más necesarios en el día a día aunque las rotaciones que abarca otras áreas distintas a la administración de tratamientos, dejan de manifiesto cómo conocer otros contenidos que no se emplean sí son fundamentales para poder dar cuidados de mayor calidad.

Estudios como el de López [38], en una revisión de la bibliografía destaca la necesidad de detectar las necesidades formativas y posteriormente adaptar los programas, tal y como se hizo en la unidad de oncología primero se pudieron detectar estas necesidades para posteriormente implementar un programa presencial y en web tutorizado por una enfermera de práctica avanzada [21].

Podemos afirmar que los cambios producidos han sido estadísticamente significativos en cuanto a las competencias adquiridas. Los conocimientos mejoran cuando el profesional puede anticiparse al futuro y tomar decisiones ofreciendo información útil entre otras, las aptitudes más positivas hacen que trate de encajar en el hospital y se esfuerce por realizar bien el trabajo y todo ello con las habilidades necesarias, estando orgulloso del trabajo que se hace y dándole el significado que merece [39].

Por su parte no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción que se tiene de la seguridad y el grado de compromiso, no podemos afirmar que la intervención sea la responsable de los cambios producidos y en este sentido, variables extrañas que no se han controlado en el estudio podrían ser la responsable tal y como dejan entrever el no poder desconectar del trabajo o la escasez de personal que hacen soportar ratios de pacientes altos, estudios recientes señalan como el desgaste profesional en los profesionales de oncología es elevado [40].

Cualitativamente las vivencias de las enfermeras a través de la narración de su experiencia dejan datos reveladores en cuanto a la importancia de conocer lo que hace el "otro", da una perspectiva del paciente en cada paso por su unidad y ayuda a la comprensión de éste para poder ofrecer un cuidado centrado en la persona. Comprender el funcionamiento de todos los engranajes de la unidad aúna al equipo en la búsqueda de metas comunes de trabajo, en definitiva, permite construir el valor, visión, misión de la unidad y es el inicio del camino a un locus de conocimiento generador de cultura de cuidados en oncología [41].

No cabe duda de los beneficios reportados por el programa tal y como muestran las vivencias de los profesionales y de manera directa el impacto que esto supone en las organizaciones y en el paciente, habría que realizar estudios que científicamente pudiesen demostrar su impacto real. En ausencia de estos son numerosos los estudios que señalan que la formación aumenta la autoconfianza, asegura el desarrollo personal y profesional, integra a los trabajadores en la unidad y repercute en unos cuidados de calidad. Además, disminuye las bajas laborales por menor ansiedad, estrés burnout, y redistribuye mejor los recursos humanos. Futuras investigaciones en torno al programa podrían ir encaminadas en estas líneas y en otras como evaluar la experiencia del paciente con su enfermera, indicadores de reacciones adversas, extravasaciones, delimitar las competencias en oncología...

Limitaciones

Una de las primeras limitaciones ha sido no encontrar cuestionarios validados que puedan recoger los datos de cuáles son las competencias de una enfermera oncológica, por esto el sesgo de información en cuanto a recogida de datos es un aspecto a tener en cuenta. Que el investigador principal haya sido la enfermera de práctica avanzada encargada de la tutorización puede llevar al sesgo de sociabilidad y sesgo de Hawthorne.

El periodo de desarrollo ha tenido como barrera importante ser un momento de cambio

con incorporaciones y bajas derivadas de la última oposición y coincidiendo con época estival, en el que el número de sustituciones es un valor añadido.

El volumen de trabajo y la motivación han sido limitaciones que no se han podido controlar en el estudio.

Financiación

Contrato de una beca de intensificación del Instituto de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre.

7. Conclusión

A falta de especialización en oncología, como obligación de los profesionales en su formación y siendo la Institución un pilar garante en que se pueda hacer efectivo dicho derecho, los programas de tutorización combinados en línea y on line pueden ser un modelo de capacitación que se adapta a las necesidades formativas de los profesionales y a su trabajo. Hay que decir que éstos requieren hacer un análisis contextual, y realizar un programa basado en la evidencia por un equipo multidisciplinar en el que el mentor debe tener también capacitación y disponer de los medios para que se pueda realizar [42]. Oncología cuenta con dos enfermeras de práctica avanzada que como competencia intrínseca del rol podrían desempeñar esta función [34].

Aplicabilidad de los resultados

Establecer un programa de tutorización podría mejorar las competencias enfermeras en oncología, así como su compromiso en la unidad y en definitiva en el hospital, esto se traduciría en una mayor seguridad del paciente al tener el profesional los conocimientos, habilidades y aptitudes en un marco de autoconfianza y satisfacción laboral que le involucre en la unidad para ayudar a ser actor principal de los cuidados oncológicos inmersa en la cultura organizacional de la institución.

Crear esta cultura de tutorización dentro de las organizaciones que pueda tener un impacto en el paciente es lo que trata de impulsar la estrategia del HU12O con la formación de los profesionales, pues es sabido que revierte en unos cuidados de calidad en los pacientes. Constituye una de las metas del Plan Estratégico “transforma el 12” 2020-2024 para conseguir la satisfacción de los profesionales, fomentando su compromiso y participación responsable en los resultados de la organización desarrollando un liderazgo compartido para impulsar la transformación del hospital a través de diferentes líneas de actuación como son capacita y entrena 12, investiga 12, rediseña e innova 12, entre otras (HU12O, 2023)

Resaltar, cómo en algunas Comunidades Autónomas se está impulsando la figura de la enfermera de práctica avanzada en el peldaño más alto de la escalera clínica y que dadas las competencias en mentoría y coaching podría asumir el rol de mentor en programas de tutorización. Según el Consejo Internacional de Enfermería, ésta es la enfermera que ha logrado una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas y competencias para ejercer un papel extendido.

La EPA, promueve intervenciones directas de cuidado avanzado basadas en una valoración integral, además de ser guía clínica profesional que brinda apoyo, consultoría y tutoría a estudiantes de Enfermería y demás miembros del equipo multidisciplinar [43].

Agradecimientos

A la Unidad de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre por hacer que estas becas promuevan el crecimiento de la enfermería, especialmente a Santiago al que tengo profunda admiración como supervisor que fue de mi unidad y pionero de que en ésta iniciara el cambio a lo que es hoy.

A todos y cada uno de mis compañeros de hospital de día. Consciente de que el trabajo existente no deja el tiempo que se quisiera para buscar la mejor evidencia en los cuidados y de la importancia de esto, tras muchos años trabajando con esa necesidad me surgió la idea de poder

ayudarles y de que no sintieran el no crecimiento que a veces he sentido yo.

A mi familia, por las horas de trabajo en casa, no dedicándoselo a ellos.

A todos mis pacientes, a los que he acompañado en esa búsqueda de sentido de su experiencia vivida.

A todos los colaboradores del proyecto: Bea-

triz Antón Pascual, Recuerdo Aranda, Rocío García Carbonero, Carlos Garrido Caricol, Enrique González Billalabeitia, Gema González Monterrubio, Lara Iglesias Docampo, Ester Laje Fandiño, Elvira De La Torre, Miguel Morato Miguel, Nagwa Nassar Martínez, M^a Dolores Pérez Cárdenas, Santiago Pérez García, Claudia Salazar Rojo, Rodrigo Sánchez Bayona, Isabel Tuñón Cabezas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sistema. El cáncer en cifras [Internet]. Seom.org. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://seom.org/publicaciones/el-cancer-en-espanyacom>
2. BOE-A-2005-7354 Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería [Internet]. Boe.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-7354>
3. Sanchez S, Cárdenas MD, Cascallana MN, De Las Heras MT, Tuñón I. Grado de Burnout de los profesionales sanitarios de los servicios de oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid. Biblioteca Las Casas. 2019.
4. Carrillo AJ, García L, Cárdenas CM, Díaz IR, Yabrudy N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*. 2013;32:346-61.
5. Lusk B, Cockerham AZ. Highlights from the history of advanced practice nursing in the united states. En Hamric and Hanson'Advanced practice Nursing. En: An integrative Approach. Elsevier; 2019.
6. Estándares [Internet]. Seeo.org. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://seeo.org/la-seeo/estandares/>
7. EONS - EONS - the European oncology nursing society [Internet]. EONS - The European Oncology Nursing Society - supporting cancer nurses in Europe with education, training, research and programmes about cancer nursing and oncology nursing. European Oncology Nursing Society; 2020 [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cancernurse.eu/>
8. Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es>
9. Slater P, Donovan L. El impacto de la educación de QuoCCA y los factores que mejoran la capacidad de la fuerza laboral y los resultados educativos Quality of Care Collaborative Australia. 2020.
10. Mijares AH, Radovich P. Structured mentorship and the nursing clinical ladder. *Clin Nurse Spec* [Internet]. 2020;34(6):276-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/nur.0000000000000558>
11. Sigma theta tau international honor society of nursing (sigma) [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/miembros/afiliados-especiales/sigma-theta-tau-international-honor-society-nursing-sigma>
12. Marie Block L, Claffey C, Korow MK, McCaffrey R. The value of mentorship within nursing organizations. *Nurs Forum* [Internet]. 2005;40(4):134-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00026.x>
13. Aparício C, Nicholson J. Do preceptorship and clinical supervision programmes support the retention of nurses? *Br J Nurs* [Internet]. 2020;29(20):1192-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2020.29.20.1192>
14. Christiansen A, Bell A. Peer learning partnerships: exploring the experience of pre-registration nursing students. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010;19(5-6):803-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02981.x>
15. Clair-Smith L, Branum L, Bryant C. Retroalimentación entre pares: un enfoque novedoso para la calidad, la colaboración y la revisión por pares de la enfermería. *J Nurs Adm*. 2016;46:321-8.

16. Wu XV, Selvam UP, Wang W, Ang ENK, Devi KM, Chan YS, et al. A web-based clinical pedagogy program to promote professional development for nurse preceptors: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2022;59(103288):103288. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103288>
17. Liang J-C, Wu S-H, Tsai C-C. Autoeficacia y actitudes de las enfermeras en Internet hacia el aprendizaje continuo basado en la web. *Educadora de Enfermería Hoy*. 2011;31(8):768-73.
18. Edward K-L, Ousey K, Playle J, Giandinoto J-A. Are new nurses work ready – The impact of preceptorship. An integrative systematic review. *J Prof Nurs* [Internet]. 2017;33(5):326-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.03.003>
19. Taylor LM, Eost-Telling CL, Ellerton A. Exploring preceptorship programmes: Implications for future design. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019;28(7-8):1164-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14714>
20. Ocronos R. Conocer la experiencia del paciente en la consulta de Enfermería oncológica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistamedica.com/conocer-experiencia-paciente-consulta-enfermeria>
21. Ocronos R. Diseño e implantación de un programa de formación en Hospital de Día de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre: primera valoración de las necesidades formativas detectadas [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistamedica.com/programa-formacion-hospital-dia-oncologia-medica>
22. Manzo BF, Brasil CLGB, Reis FFT, Corrêa A dos R, Simão DA da S, Leite Costa AC. Segurança na administração de medicamentos: Investigação sobre a prática de enfermagem e circunstâncias de erros. *Enferm Glob* [Internet]. 2019;18(4):19-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344881>
23. H12o.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://h12o.es/intranet>
24. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. *Advanced practice nursing: An integrative Approach*. Saunders, London; 2005.
25. Vinckx M-A, Bossuyt I, Dierckx de Casterlé B. Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018;87:60-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.010>
26. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(3):613-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006>
27. BOE-A-2003-10715 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boe.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
28. Santos C, González M, Gentil B. *La Gestión de Competencias en Enfermería*. Madrid: Difusión avances de enfermería. 2006.
29. Wilmarschaufeli.nl. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf
30. Winstanley J, White E. The Manchester clinical supervision scale © [Internet]. *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision*. Wiley; 2014. p. 386-401. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118846360.ch17>
31. Agency for healthcare research and quality (AHRQ). Choice (Middletown) [Internet]. 2011;49(03):49-1494-49-1494. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5860/choice.49-1494>
32. Gob.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/Encuesta_seguridad_FIS.pdf
33. Vázquez-Calatayud M, Errasti-Ibarrondo B, Choperena A. Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2021;50(102963):102963. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>

34. Ferrell B, McCabe MS, Levit L. The institute of medicine report on high-quality cancer care: Implications for oncology nursing. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2013;40(6):603-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1188/13.onf.603-609>
35. Alianzaeditorial.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=1292640&id_col=100508&id_su
36. CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Codem.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
37. BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boe.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
38. Rodrigo L. Formación continuada en organizaciones sanitarias. Revisión bibliográfica sobre su evaluación [The evaluation of continuous training in healthcare organisations. A bibliographic review. *Revista de enfermería*. 2012;35(7-8):22-34.
39. Prat Martínez M. La toma de decisiones como competencia enfermera para cuidar a pacientes crónicos con necesidades complejas. 2021.
40. Hernández García M del C. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología (Pozuelo De Alarcon)* [Internet]. 1970;14(1):53-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/psic.55811>
41. Nielsen A, Lasater K, Stock M. A framework to support preceptors' evaluation and development of new nurses' clinical judgment. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2016;19:84-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2016.03.012>
42. Blegen MA, Spector N, Ulrich BT, Lynn MR, Barnsteiner J, Silvestre J. Preceptor support in hospital transition to practice programs. *J Nurs Adm* [Internet]. 2015;45(12):642-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000278>
43. Troncoso V, Bernardita, Galiano G. Enfermeras de práctica avanzada y su función de mentoring / Mentoring in advanced practice nursing.

ANEXO 1. Cuestionario de Cuevas et al., 2016. Encuesta global de competencias de la enfermera generalista.

	1	2	3	4
1. IDENTIFICACIÓN CON EL HOSPITAL				
Se esfuerza por adaptarse y encajar bien en el hospital.				
Acepta las normas del hospital y se preocupa por la imagen que éste refleja.				
Toma decisiones y ajusta sus prioridades a las necesidades del hospital.				
2. ORIENTACIÓN AL PACIENTE-FAMILIA				
Escucha y responde adecuadamente adaptándose al interlocutor, a las preguntas, quejas o problemas planteados por éstos.				
Ofrece información útil y da servicio de forma cordial.				
Se compromete personalmente a subsanar los problemas de pacientes-familia.				
Se anticipa a lo realmente el paciente espera de él.				
3. TRABAJO EN EQUIPO Y COOPERACIÓN				
Participa en los objetivos comunes del equipo realizando la parte del trabajo que le corresponde.				
Valora la experiencia e ideal del resto del equipo, manteniendo una actitud abierta a aprender de los otros.				
Actúa para desarrollar un ambiente amistoso de trabajo, un buen clima y espíritu de cooperación.				
Anima y motiva a los demás, reconociéndoles públicamente sus méritos.				
4. FLEXIBILIDAD				
Asume sus errores.				
Muestra predisposición a adaptarse a los cambios.				
Acepta las decisiones que toma el responsable del equipo.				
Adapta su comportamiento en función de la situación o la persona.				
Adapta su estrategia para adaptarse a las necesidades del hospital.				

5. ORIENTACIÓN AL LOGRO				
Se responsabiliza de la información, tratándola de forma confidencial.				
Quiere realizar el trabajo correctamente.				
Acepta la apreciación y valoración de su trabajo.				
Busca formas de conseguir los objetivos de servicio y del hospital.				
Realiza cambios en su manera de actuar para mejorar su rendimiento.				
Planifica adecuadamente su trabajo, de acuerdo con las necesidades asistenciales y las del equipo.				
6. PREOCUPACIÓN POR EL ORDEN Y LA CALIDAD				
Se esfuerza en realizar su trabajo de forma adecuada en función de los procedimientos establecidos.				
Comprueba la calidad de su propio trabajo y la exactitud de la información.				
Observa cómo sus compañeros llevan a cabo las tareas y aprende de ellos o les aporta sugerencias para mejorar la calidad del trabajo común.				
7. AUTOCONTROL				
Controla sus impulsos emocionales.				
Mantiene el control en situaciones difíciles y se enfrenta a ellas eficazmente.				
Controla el estrés con efectividad. Utiliza técnicas o planifica actividades para controlar el estrés.				

Nota: Los niveles se evalúan utilizando una escala Likert con un rango de 1 (nunca), 2 (en ocasiones), 3 (con frecuencia), 4 (siempre).

ANEXO 2. Escala de Uwes.

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así conteste '0' (cero), y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta (de 1 a 6).

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4	5	6

1. _____ En mi trabajo me siento lleno de energía
2. _____ Mi trabajo está lleno de significado y propósito
3. _____ El tiempo vuela cuando estoy trabajando
4. _____ Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo
5. _____ Estoy entusiasmado con mi trabajo
6. _____ Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí
7. _____ Mi trabajo me inspira
8. _____ Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar
9. _____ Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo
10. _____ Estoy orgulloso del trabajo que hago
11. _____ Estoy inmerso en mi trabajo
12. _____ Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo
13. _____ Mi trabajo es retador
14. _____ Me "dejo llevar" por mi trabajo
15. _____ Soy muy persistente en mi trabajo
16. _____ Me es difícil 'desconectarme' de mi trabajo
17. _____ Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando

ANEXO 3. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre si para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

MÍNIMA SEGURIDAD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MÁXIMA SEGURIDAD

44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad? En el año ...

45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital? En el año...

46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio? En el año...

47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas

48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes

49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? 1 SI 2 NO

50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

1 <input type="checkbox"/> Anestesiología/Reanimación	12 <input type="checkbox"/> Pediatría
2 <input type="checkbox"/> Cirugía	13 <input type="checkbox"/> Radiología
3 <input type="checkbox"/> Diversas Unidades	14 <input type="checkbox"/> Rehabilitación
4 <input type="checkbox"/> Farmacia	15 <input type="checkbox"/> Salud Mental/Psiquiatría
5 <input type="checkbox"/> Laboratorio	16 <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias
6 <input type="checkbox"/> Medicina Interna	17 <input type="checkbox"/> UCI (cualquier tipo)
7 <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología	18 <input type="checkbox"/> Neurología
8 <input type="checkbox"/> Admisión	19 <input type="checkbox"/> Traumatología
9 <input type="checkbox"/> Nefrología	20 <input type="checkbox"/> Hemodiálisis
10 <input type="checkbox"/> Urología	21 <input type="checkbox"/> Medicina nuclear
11 <input type="checkbox"/> Oncología	22 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.

1 <input type="checkbox"/> Gerencia/Dirección	7 <input type="checkbox"/> Farmacéutico Residente
2 <input type="checkbox"/> Administración	8 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería	9 <input type="checkbox"/> Médico
4 <input type="checkbox"/> Dietista	10 <input type="checkbox"/> Médico Residente
5 <input type="checkbox"/> Enfermero(a)	11 <input type="checkbox"/> Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a	12 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente", disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

Muchas gracias por su colaboración

ESTUDIOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La migraña en las mujeres durante el climaterio: influencia hormonal y estrategias de tratamiento

Migraine in women during climacteric: hormonal influence and treatment strategies

Raquel Borrego Mateos¹, Lidia Sanz Durán², Irene Blanco Caballero²

¹ Enfermera obstétrico ginecológica y enfermera pediátrica. Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud.

² Enfermera obstétrico ginecológica. Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud.

FECHA DE RECEPCIÓN: 31/08/2024. FECHA DE ACEPTACIÓN: 05/02/2025. FECHA DE PUBLICACIÓN: 30/04/2025.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.306>

Cómo citar este artículo: Borrego Mateos, R. y otros, La migraña en las mujeres durante el climaterio: influencia hormonal y estrategias de tratamiento. *Conocimiento Enfermero* 28 (2025): 43-51.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

La migraña es una enfermedad neurovascular cuyos síntomas pueden verse intensificados por las fluctuaciones hormonales como el déficit estrogénico que se produce durante la menstruación o durante la perimenopausia. Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed de los artículos publicados en inglés durante los últimos 5 años con el objetivo de investigar la influencia de los cambios hormonales sobre la migraña en las mujeres durante el climaterio. Los artículos revisados ponen de manifiesto que las mujeres con migraña tienen más trastornos del sueño, ansiedad, depresión, hipertensión arterial y síntomas vasomotores durante la transición menopáusica. En cuanto a los tratamientos hormonales, son de elección los tratamientos no orales con progesterona como el DIU de levonorgestrel debido a que la migraña suele asociarse a vómitos y al riesgo que supone utilizar estrógenos en mujeres con factores de riesgo cardiovascular. Por último, debido a su inocuidad, no hay que subestimar el uso de tratamientos no farmacológicos como evitar el uso de café, tabaco y alcohol, aumentar el consumo de alimentos ricos en magnesio y vitamina E o el uso de fitoterápicos como el vitex agnus castus.

Palabras clave: migraña; climaterio; menopausia.

ABSTRACT

Migraine is a neurovascular disease whose symptoms can be exacerbated by hormonal fluctuations, such as estrogen deficiency that occurs during menstruation or perimenopause. A literature review was conducted in the PubMed database of articles published in English over the last 5 years with the aim of investigating the influence of hormonal changes on migraine in women during climacteric. The reviewed articles highlight that women with migraines have more sleep disorders, anxiety, depression, hypertension, and vasomotor symptoms during the menopausal transition. Regarding hormonal treatments, non-oral treatments with progesterone, such as the levonorgestrel IUD, are preferred since migraine is often associated with vomiting and the risk posed by using estrogen in women with cardiovascular risk factors. Finally, due to their safety, non-pharmacological treatments should not be underestimated, such as avoiding the use of coffee, tobacco, and alcohol, increasing the intake of magnesium and vitamin E-rich foods, or using herbal remedies like vitex agnus-castus.

Keywords: migraine; climacteric; menopause.

1. Introducción / justificación

1.1. Definición y tipos de migraña

La migraña es una enfermedad neurovascular y un trastorno de desregulación del sistema nervioso central caracterizada por ataques recurrentes de cefalea moderada a intensa acompañados de náuseas, vómitos y sensibilidad a la luz y al sonido, que pueden durar desde 4 horas hasta 72 horas [1-5]. Este trastorno se clasifica, según los criterios establecidos por el Comité de Clasificación de Dolores de Cabeza de la Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza, como un dolor de localización unilateral, calidad pulsátil, intensidad moderada a grave y síntomas asociados como náuseas y/o vómitos, fotofobia y fonofobia [1].

La migraña es un trastorno neurológico complejo y multifactorial que tiene su origen en el cerebro genéticamente predispuesto y puede ser desencadenado por diversos factores internos y externos, incluidos los esteroides sexuales [1,6]. La activación del sistema trigeminovascular desempeña un papel crucial en la generación del dolor de tipo migrañoso, junto con la disfunción de las estructuras del sistema nervioso central que regulan la excitabilidad neuronal y el dolor [1,4,5].

Los ataques de migraña se inician con una fase premonitoria que implica la activación de áreas cerebrales específicas y se caracteriza por cambios de humor, fatiga y otros síntomas somáticos [5]. La activación del sistema trigeminovascular durante un ataque de migraña conduce a la liberación de neuropéptidos como el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), lo que provoca vasodilatación y activación de la transmisión nociceptiva [1,4,5,7].

Existen dos tipos principales de migraña, la migraña sin aura y la migraña con aura, siendo la primera la más prevalente. Se considera migraña con aura cuando la cefalea está precedida de una fase de síntomas neurológicos focales (entre los que los síntomas visuales son los más frecuentes) que se presentan durante un periodo de tiempo entre 5 y 60 minutos [3,4,8,9]. La migraña se ha asociado a varios factores de riesgo cardiovascular como un índice de masa cor-

poral alto, niveles bajos de actividad física, tabaquismo, dislipemia y antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares [10]. Además, la migraña puede estar relacionada con el ciclo menstrual en las mujeres, especialmente durante la fase perimenstrual. Los ataques de migraña perimenstrual tienden a ser más graves y frecuentes, y pueden presentar mayores desafíos en el tratamiento en comparación con los episodios de migraña no relacionados con el ciclo menstrual. Por otra parte, los ataques de migraña perimenstrual son los que tienden a ocurrir en los días de la menstruación, previos o posteriores, pero también pueden ocurrir en otros momentos del ciclo y, se cataloga como migraña menstrual pura, cuando los ataques ocurren dentro de un periodo de 5 días que incluye los 2 días previos y los 3 primeros días de la menstruación. Ésta última es menos común y representa un desafío adicional en el manejo clínico debido a su mayor intensidad y resistencia a las terapias [1,4].

La migraña afecta en mayor proporción a las mujeres, manifestándose con características distintivas a las de los hombres como son la unilateralidad, palpitación, y el acompañamiento frecuente de náuseas, fotofobia y fonofobia.8 La migraña sin aura está estrechamente relacionada con los cambios hormonales en las mujeres, presentándose con mayor frecuencia en el periodo cercano a la menstruación que es cuando los niveles de estrógeno disminuyen [4,8,11].

1.2. Epidemiología de la migraña

Según el estudio sobre la carga mundial de enfermedades de 2019, la migraña es la segunda causa de discapacidad global después de la lumbalgia y la principal causa de discapacidad entre los adultos jóvenes y mujeres entre 15 y 49 años (2,8,11,12). Antes de la pubertad, la prevalencia de migraña es similar entre hombres y mujeres, con una incidencia del 7,5% [10]. Sin embargo, después de la pubertad, la migraña es entre 2 y 4 veces más común en mujeres que en hombres, alcanzando una prevalencia anual del 17% en mujeres y solo del 8% en hombres [1,5,11,13-15].

La migraña sin aura es el tipo de migraña más prevalente, afectando a entre el 70 y el 80% de las personas con migraña [3]. Por otra parte, la migraña perimenstrual, que afecta al 20-25% de las mujeres, es más difícil de tratar en comparación con otros tipos de migraña [1,3,6]. Por este motivo, las mujeres con migraña perimenstrual tienden a utilizar más medicamentos para tratar las cefaleas, la ansiedad, la depresión o las alteraciones del sueño y utilizan más frecuentemente los servicios de urgencias [4,5]. Todo esto refleja el impacto que supone este tipo de migraña para la calidad de vida de las mujeres y su influencia en las actividades cotidianas de su vida diaria como por ejemplo el trabajo, lo cual puede llegar a suponerles una carga socioeconómica [16]. La relación entre la migraña y las hormonas sexuales también explica la mayor prevalencia de la migraña en las mujeres durante sus años reproductivos. La prevalencia de la migraña es mayor durante los años fértiles de las mujeres y tiende a disminuir después de la menopausia, cuando cesan las fluctuaciones hormonales menstruales [1,3,10,12]. Sin embargo, hasta que llega esa etapa, las mujeres experimentan una tasa de prevalencia de migraña que es de entre tres a cuatro veces mayor que la de los hombres durante la cuarta década de vida [10]. Además, la prevalencia de migraña durante la perimenopausia es mucho mayor en mujeres con antecedentes de síndrome premenstrual y migraña menstrual [1,4].

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Investigar la influencia de los cambios hormonales sobre la migraña en mujeres durante el climaterio y evaluar las estrategias de tratamiento disponibles para mejorar su calidad de vida.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar la relación entre migraña, calidad del sueño, ansiedad y depresión en mujeres durante el climaterio.

- Estudiar la asociación entre migraña, síntomas vasomotores e hipertensión arterial en mujeres durante el climaterio.
- Investigar la influencia de las hormonas sexuales sobre la frecuencia e intensidad de la migraña durante la etapa del climaterio.
- Evaluar la efectividad de las diferentes estrategias de tratamiento farmacológicas y no farmacológicas para la migraña en mujeres durante el climaterio.

3. Metodología

Para elaborar esta revisión bibliográfica se efectuó una búsqueda de la literatura existente en la base de datos PubMed. Los términos MeSH utilizados para realizar las búsquedas en esta base de datos, así como los términos de lenguaje libre utilizados para ampliar los resultados fueron:

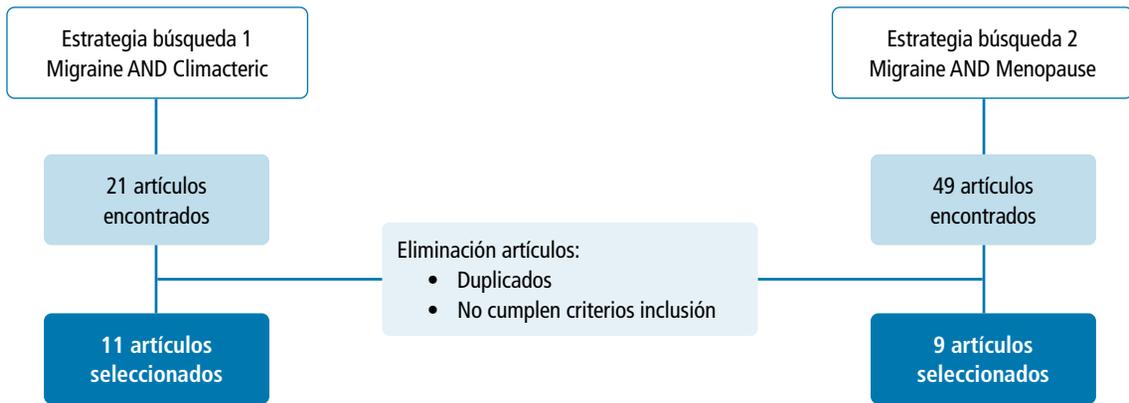
MeSH: migraine / climacteric

Lenguaje libre: migraine / menopause

Se utilizaron dos estrategias de búsqueda que se muestran en la Figura 1, en la que se muestran también un resumen de los artículos encontrados y seleccionados:

- Con los términos MeSH «migraine» y «climacteric» unidos con el operador booleano AND y con el limitador temporal de los últimos 5 años se encontraron 21 resultados de los que se seleccionaron 11 artículos en inglés a los que se accedió al texto completo.
- En la búsqueda avanzada se utilizaron los términos de lenguaje libre «migraine» y «menopause» unidos con el operador booleano AND y con el limitador temporal de los últimos 5 años y se obtuvieron 49 resultados de los que se seleccionaron 9 artículos en inglés a los que se accedió al texto completo.

En las dos estrategias de búsqueda, los criterios de exclusión fueron que los artículos estuvieran escritos en otro idioma que no fuera el inglés y que fueran artículos anteriores a 2019. Se eliminaron aquellos estudios que estaban duplicados en las diferentes estrategias de búsqueda.

FIGURA 1. Términos MeSH y de lenguaje libre utilizados.

da y aquellos en los que, por la información contenida en el título o en el abstract, se comprobó que no guardaban relación con el tema del estudio. No se consultó literatura gris ni se analizaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados.

4. Resultados

4.1. Migraña, sueño, ansiedad y depresión

Más del 26% de las mujeres de mediana edad experimentan síntomas de insomnio, tanto dificultades para conciliar y mantener el sueño, así como despertares nocturnos. La falta de sueño es más común entre las mujeres que sufren migraña y esta situación se agrava por la mayor prevalencia de ansiedad y depresión en estas personas [4,13]. En este sentido, algunos estudios muestran que las mujeres con migraña tienen hasta un 28% más de riesgo de ansiedad que las que no la padecen [2,4,5]. La mala calidad del sueño no solo exacerba la migraña, sino que también puede llevar a su cronificación. No está claro si estos fenómenos están relacionados con los cambios hormonales de la menopausia, con síntomas de la menopausia como los sofocos, o con cambios propios del envejecimiento. A pesar de esto, la asociación entre migraña y mala calidad del sueño es significativa en mujeres premenopáusicas, incluso teniendo en cuenta la presencia de otros factores de confusión como pueden ser la obesidad, ansiedad, depresión y síntomas vasomotores [13].

4.2. Migraña, síntomas vasomotores e hipertensión arterial

La presencia de aura en la migraña se asocia con un mayor riesgo de hipertensión arterial, que se puede ver más acentuado aún en mujeres que han utilizado terapia hormonal sustitutiva (THS). Se ha estudiado que las mujeres con migraña con aura tienen niveles elevados de partículas endoteliales circulantes en sangre, lo cual se relaciona con menor capacidad de dilatación arterial y disponibilidad de agentes vasodilatadores en sangre [10]. Además, las mujeres con antecedente de migraña tienen mayor frecuencia de síntomas vasomotores como sofocos y sudores nocturnos durante la transición menopáusica, asociación que sin embargo no se ha encontrado con la sequedad vaginal [1,13,19].

4.3. Influencia de las hormonas sexuales sobre la migraña

La migraña en mujeres está muy influenciada por los niveles hormonales, especialmente por los estrógenos. Tanto es así que se considera que, después del estrés, la menstruación es el desencadenante más frecuente de la migraña en mujeres [4]. En este sentido se ha creado la “hipótesis de la abstinencia a estrógenos” que sugiere que las fluctuaciones en los niveles de estradiol, particularmente sus caídas justo antes de la menstruación son responsables de las migrañas menstruales en mujeres susceptibles ya que estos cambios hormonales bruscos pue-

den desencadenar neuroinflamación y, por tanto, migraña [1,3,6,7,15,18]. Durante la fase lútea del ciclo menstrual se produce una disminución importante del nivel de estrógenos en sangre que se ha visto que es más acentuada en las mujeres que sufren migrañas que en las que no la sufren [1,4-8,14]. Durante el embarazo, especialmente en el segundo y tercer trimestre, muchas mujeres experimentan una mejora en sus migrañas debido a que tienen niveles elevados y estables de estrógeno [4,8,11]. En este mismo sentido, se ha visto también que la prevalencia de migraña es mayor en mujeres que tuvieron la menarquia más pronto respecto a las que la tuvieron más tarde ya que han estado expuestas durante más tiempo a esta variación de estrógenos [11]. Durante la perimenopausia, las fluctuaciones en los niveles de estrógeno, junto con el aumento de la hormona estimulante del folículo (FSH), pueden incrementar tanto la frecuencia como la severidad de las migrañas. Sin embargo, después de la menopausia, cuando los niveles de estrógeno se estabilizan en niveles bajos, muchas mujeres refieren una disminución significativa en la frecuencia de sus migrañas [1,3,4,11,13,15]. Pero en este sentido hay una excepción: las mujeres histerectomizadas u ooforectomizadas tienen un empeoramiento de la migraña en la postmenopausia debido a la abrupta y significativa caída en los niveles de estradiol tras la cirugía [4,14,16].

Al igual que los estrógenos, los niveles de progesterona disminuyen durante la menstruación. En este contexto, se ha investigado que la progesterona puede suprimir la nocicepción en la vía del trigémino, lo que sugiere que la disminución de los niveles de progesterona durante el periodo perimenstrual está relacionada con el aumento de las migrañas [5-8]. Además, varios estudios indican que la progesterona podría tener efectos protectores al convertirse en alopregnanolona, un neuroesteroide que modula la inhibición GABAérgica y cuyos niveles séricos se encuentran más bajos en mujeres con migraña según investigaciones recientes [5,8,17]. Además, tanto la progesterona como la alopregnanolona han mostrado efectos antinociceptivos y antiinflamatorios en modelos animales de dolor de nervios periféricos, sugi-

riendo esto que pueden atenuar la alodinia y, por tanto, la migraña [8, 17].

Del mismo modo que ocurre con los estrógenos y la progesterona, los niveles de oxitocina durante el periodo perimenstrual disminuyen, lo que sugiere que la abstinencia a oxitocina podría ser también un factor desencadenante de la migraña menstrual [6,8]. Esta hipótesis está reforzada además porque, durante el embarazo, etapa de la mujer en la que los niveles de oxitocina están aumentados, la frecuencia de migraña disminuye. Por otra parte, las mujeres con migraña que amamantan, y que por lo tanto tienen niveles más altos de oxitocina, también tienen una recurrencia de la migraña más lenta en el posparto en comparación con las mujeres que no dan lactancia materna [6].

Por el contrario, los niveles de prolactina de las mujeres que tienen migraña, especialmente cuando esta se vuelve crónica, son más altos que en las que no tienen migraña, lo que indica una posible relación entre el aumento de esta hormona y la mayor prevalencia o severidad de las migrañas [6,7].

En cuanto a la testosterona, los estudios son limitados, pero se ha encontrado que los niveles de esta hormona son más bajos en adultos con migraña. Además, las personas con migraña que tienen niveles más altos de testosterona tienen una migraña menos grave, sugiriendo esto que esta hormona también podría jugar un papel importante en la frecuencia e intensidad de los ataques de migraña [7].

4.4. Tratamientos para la migraña durante el climaterio

El tratamiento de la migraña es similar sea migraña menstrual o no menstrual; sin embargo, se ha observado que la migraña menstrual no es tan fácil de tratar como la no menstrual [3]. Es por ello por lo que, en caso de una respuesta inadecuada al tratamiento agudo, debemos considerar estrategias preventivas frente a este tipo de migrañas iniciando el tratamiento en los días previos a la menstruación. Sin embargo, esto solo es posible cuando el ciclo menstrual es regular y, por tanto, predecible [3,15]. Este tipo de

tratamientos preventivos son los triptanos, betabloqueantes como el propranolol, antiepilépticos como el topiramato o el valproico o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Estos últimos son el pilar fundamental del tratamiento agudo y pueden combinarse con antieméticos si fuera necesario [4,15]. Sin embargo, hay que tener en cuenta que un uso excesivo de los AINEs puede inducir un dolor de cabeza por uso excesivo, lo cual contribuiría a la cronificación de la migraña y nos hace plantearnos otro tipo de tratamientos alternativos [4].

La administración continua de estrógenos y progesterona pueden reducir la migraña menstrual al suprimir la ovulación y suavizar las fluctuaciones hormonales típicas el ciclo menstrual femenino [6,15]. Aunque la progesterona no ha demostrado ser eficaz en la prevención de la migraña menstrual, como suprime la nocicepción en la vía del trigémino puede reducir bastante la intensidad y duración de los ataques de migraña [5, 7, 8]. En este sentido, debido a que la migraña muchas veces viene asociada a síntomas gastrointestinales como náuseas o vómitos, son más eficaces las fórmulas no orales de estrógenos y progesterona (como el dispositivo intrauterino o el uso de parches) frente a las orales [15]. El dispositivo intrauterino de levonorgestrel es una de las opciones terapéuticas más efectivas, ya que el mantenimiento de niveles hormonales estables unido a la presencia habitual de amenorrea logran reducir la frecuencia tanto de la migraña menstrual como de la migraña sin aura [6]. En el caso de optar por tratamientos hormonales orales, se prefiere el uso continuo de hormonas en dosis fijas y sin intervalos libres de hormonas [6,8,15]. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los anticonceptivos orales combinados que llevan estrógenos aumentan el riesgo de trombosis venosa, lo que podría provocar complicaciones graves como embolia pulmonar o accidente cerebrovascular, motivo por el cual su uso se limita a mujeres con migraña sin aura y sin otros factores de riesgo cardiovascular [1,6].

La tibolona, aunque no redujo el número total de días con migraña sin aura, sí disminuyó significativamente el número de horas de cefalea y el uso de analgésicos después de tres me-

ses de uso. El tratamiento con agonistas de la GnRH también ha mostrado reducir significativamente la cefalea. No obstante, como su uso prolongado puede provocar hipoestrogenismo y síntomas asociados a él como problemas psicológicos, genitourinarios y reducción de la densidad ósea, esta alternativa terapéutica no es la más recomendada [6].

En cuanto al uso de testosterona oral, aunque algunos estudios ya han demostrado que puede reducir significativamente la gravedad de las cefaleas, todavía no hay suficientes estudios que demuestren su eficacia e inocuidad; por lo tanto, se necesita más investigación al respecto para poder recomendarlo a las mujeres durante la etapa del climaterio [6,7].

La utilización de antidepresivos como el escitalopram o la venlafaxina, además de ayudar a controlar los síntomas vasomotores pueden ser efectivos contra las migrañas [4,15] y el uso de agonistas de la dopamina como la bromocriptina y la carbidopa/levodopa en las mujeres con niveles elevados de prolactina también pueden ser eficaces en el tratamiento de las migrañas [6].

Se están desarrollando fármacos basados en anticuerpos monoclonales antagonistas del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) para prevenir la migraña, siendo esta una opción prometedora para las mujeres de mediana edad debido a su buena tolerancia y falta de efectos adversos significativos [4,16]. Además, están empezando a utilizarse terapias que aumentan la transmisión GABAérgica mediante neuroesteroides inhibidores o análogos sintéticos de la alopregnanolona para el tratamiento de las migrañas menstruales y posmenopáusicas [8,17]. Por último, la toxina botulínica (BOTOX®) es otra opción prometedora para la profilaxis de migrañas, aunque aún se necesitan más estudios para entender completamente sus efectos y mecanismos de acción [20].

Por último, no se debe subestimar la importancia de explorar alternativas no farmacológicas dada su seguridad y eficacia. Es fundamental que las mujeres tengan un adecuado descanso, mantengan una dieta equilibrada sin omitir comidas, realicen ejercicio regularmen-

te, se mantengan hidratadas, practiquen técnicas de relajación y eviten el consumo de café, tabaco y alcohol ya que todos estos hábitos saludables se han relacionado con una mejora en la sintomatología migrañosa [4]. Por otra parte, hay que destacar el papel de los fitoestrógenos, ya que varios estudios han demostrado que el consumo diario de isoflavonas de soja puede reducir la frecuencia de las migrañas. En este sentido es preferible recomendar un aumento del consumo de alimentos que contienen fitoestrógenos como es el caso de la soja en lugar del uso de suplementos [7,15]. Además, el aumento del consumo de alimentos ricos en magnesio y vitamina E puede reducir la intensidad de la migraña, especialmente durante el periodo menstrual. Aunque la evidencia sobre la fitoterapia aún es limitada, el vitex agnus castus, al igual que mejora el síndrome premenstrual, puede ser beneficioso en el tratamiento de la migraña menstrual [15].

5. Discusión

Según la literatura actual existe una clara asociación entre la migraña y los trastornos del sueño, ansiedad, y depresión en mujeres de mediana edad. En este sentido la mala calidad del sueño no solo exacerba la migraña, sino que también puede llevar a su cronificación.

Por otra parte, la "hipótesis de la abstinencia a estrógenos" que explica cómo las caídas en los niveles de estradiol antes de la menstruación están relacionadas con el aumento en la frecuencia y severidad de las migrañas es concordante con que la migraña mejore durante el embarazo, etapa en la que los niveles de estrógenos permanecen elevados y estables, y se agrava durante la perimenopausia, etapa en la que los estrógenos decaen.

Además, los resultados muestran que la progesterona y su metabolito, la alopregnanolona, podrían tener un efecto protector contra las migrañas debido a sus propiedades antinociceptivas y antiinflamatorias. Sin embargo, la evidencia aún no es suficiente para hacer recomendaciones concluyentes sobre su uso.

En cuanto a los tratamientos hormonales

durante el climaterio, la administración de tratamientos no orales como el dispositivo intrauterino de levonorgestrel son opciones muy eficaces especialmente en mujeres con riesgo cardiovascular y migrañas asociadas a vómitos. Estos tratamientos que producen la estabilización de los niveles hormonales a lo largo del tiempo son muy eficaces para reducir tanto la frecuencia de la migraña menstrual como de la migraña sin aura. Por otra parte, los tratamientos hormonales orales combinados, a pesar de ser efectivos, presentan riesgos como el aumento en la incidencia de trombosis venosa, motivo por el que no pueden ser utilizados en mujeres con factores de riesgo cardiovascular. Teniendo en cuenta que en las mujeres a partir de la menopausia este riesgo cardiovascular suele verse aumentado precisamente por el déficit estrogénico, no parecen la opción terapéutica más idónea para las mujeres durante la etapa del climaterio.

Una limitación significativa de esta revisión bibliográfica sobre la prevalencia y severidad de la migraña es la falta de una causa clara o concluyente que la vincule, ya sea con las alteraciones hormonales de la perimenopausia, el proceso de envejecimiento u otros factores de confusión, como la obesidad o las enfermedades psiquiátricas. Aunque el estudio aborda estos factores, la interrelación entre ellos y la migraña sigue siendo compleja y requiere un análisis más profundo. Además, la heterogeneidad de la población estudiada y la variabilidad en la medición de síntomas como la calidad del sueño y los niveles hormonales limitan la generalización de los resultados.

6. Conclusiones

La migraña es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, particularmente entre las mujeres jóvenes y en edad reproductiva. Existe una clara relación entre las fluctuaciones de las hormonas sexuales en sangre y la migraña, motivo por el cual la prevalencia es mayor durante los años fértiles de la mujer y menor tras la menopausia. Durante la perimenopausia estas fluctuaciones hormonales

son máximas, lo cual hace que frecuentemente aumenten tanto el número de crisis migrañosas como su severidad. Además, tanto la migraña perimenstrual como la perimenopaúsica son más difíciles de tratar, lo cual se traduce en un mayor uso de fármacos y de los servicios de urgencias. Esta situación tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres llegando a suponer una carga socioeconómica considerable para ellas y la sociedad.

La migraña menstrual requiere enfoques terapéuticos distintos a la no menstrual, ya que suele mostrar una baja respuesta a los tratamientos convencionales como los AINEs, triptanos, betabloqueantes o antiepilépticos. Aunque las terapias hormonales suelen ser más efectivas, es crucial manejarlas con precaución debido a los posibles efectos cardiovasculares asociados al uso de hormonas, especialmente al utilizar estrógenos en mujeres durante el climaterio. Por este motivo, el dispositivo intrauterino de levonorgestrel es una opción eficaz, ya que al ser un dispositivo de liberación prolonga-

da sin estrógenos proporciona estabilidad hormonal y reduce la frecuencia de las migrañas sin aumentar el riesgo cardiovascular. Otra opción terapéutica aceptable es el uso continuado de píldoras de progesterona o de píldoras combinadas de estrógeno y progesterona (estas últimas cuando no existan otros factores de riesgo cardiovascular) siempre que la migraña no se asocie a otros síntomas gastrointestinales como los vómitos. En los últimos años se están investigando y empezando a utilizar nuevas terapias como los anticuerpos monoclonales contra el CGRP, los análogos de la alopregnalona y el tratamiento con BOTOX® que están mostrando resultados prometedores en la prevención y manejo de la migraña.

No obstante, no debemos olvidar la importancia de los tratamientos no farmacológicos por su inocuidad. En este sentido el uso de fitoestrógenos, magnesio, vitamina E e incluso plantas medicinales como el vitex agnus castus pueden contribuir a la reducción de la intensidad de las crisis migrañosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khandelwal S, Meeta M, Tanvir T. Menopause hormone therapy, migraines, and thromboembolism. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2022 [citado el 17 de mayo de 2024]; 81: 31-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34974967/>
2. Luo J. Association between migraine and anxiety symptoms: Results from the study of women's health across the nation. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 [citado el 17 de mayo de 2024]; 295: 1229-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34706437/>
3. MacGregor EA. Menstrual and perimenopausal migraine: A narrative review. *Maturitas* [Internet]. 2020 [citado el 17 de mayo de 2024]; 142: 24-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33158484/>
4. Pavlović JM. The impact of midlife on migraine in women: summary of current views. *Womens Midlife Health* [Internet]. 2020 [citado el 17 de mayo de 2024]; 6 (1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33042563/>
5. Ahmad SR, Rosendale N. Sex and gender considerations in episodic migraine. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2022 [citado el 17 de mayo de 2024]; 26 (7): 505-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35679008/>
6. Van Lohuizen R, Paungarttner J, Lampl C, MaassenVanDenBrink A, Al-Hassany L. Considerations for hormonal therapy in migraine patients: a critical review of current practice. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2024 [citado el 17 de mayo de 2024]; 24(1): 55-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38112066/>
7. Godley F III, Meitzen J, Nahman-Averbuch H, O'Neal MA, Yeomans D, Santoro N, et al. How sex hormones affect migraine: An interdisciplinary preclinical research panel review. *J Pers Med* [Internet]. 2024 [citado el 17 de mayo de 2024]; 14 (2): 184. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38392617/>

8. Krause DN, Warfvinge K, Haanes KA, Edvinsson L. Hormonal influences in migraine – interactions of oestrogen, oxytocin and CGRP. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2021 [citado el 17 de mayo de 2024]; 17 (10): 621-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34545218/>
9. Veerabathiran R, Kalarani I, Mohammed V. Genetics of menstrual migraine and their association with female hormonal factors. *Ann Indian Acad Neurol* [Internet]. 2022 [citado el 17 de mayo de 2024]; 25 (3): 383. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35936591/>
10. MacDonald CJ, El Fatouhi D, Madika A-L, Fagherazzi G, Kurth T, Severi G, et al. Association of migraine with incident hypertension after menopause: A longitudinal cohort study. *Neurology* [Internet]. 2021 [citado el 19 de mayo de 2024]; 97 (1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33883242/>
11. Bugge NS, Grøtta Vetvik K, Alstadhaug KB, Braaten T. Cumulative exposure to estrogen may increase the risk of migraine in women. *Cephalalgia* [Internet]. 2024 [citado el 17 de mayo de 2024]; 44 (1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38215242/>
12. Ornello R, Caponnetto V, Frattale I, Sacco S. Patterns of migraine in postmenopausal women: A systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2021 [citado el 19 de mayo de 2024]; 17: 859-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s285863>
13. Faubion SS, Ghaith S, Kling JM, Mara K, Enders F, Starling AJ, et al. Migraine and sleep quality: does the association change in midlife women? *Menopause* [Internet]. 2023 [citado el 19 de mayo de 2024]; 30 (4): 376-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36720087/>
14. Kim S, Lee SB, Hong YJ, Kim Y, Han K, Park JW. The influence of endogenous and exogenous hormonal factors on migraine in spontaneous postmenopausal women: A nationwide population-based study in South Korea. *Cephalalgia* [Internet]. 2022 [citado el 19 de mayo de 2024]; 42 (4-5): 376-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579561/>
15. Ornello R, De Matteis E, Di Felice C, Caponnetto V, Pistoia F, Sacco S. Acute and preventive management of migraine during menstruation and menopause. *J Clin Med* [Internet]. 2021 [citado el 19 de mayo de 2024]; 10 (11): 2263. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34073696/>
16. De Vries Lentsch S, Rubio-Beltrán E, Maassen Van Den Brink A. Changing levels of sex hormones and calcitonin gene-related peptide (CGRP) during a woman's life: Implications for the efficacy and safety of novel antimigraine medications. *Maturitas* [Internet]. 2021 [citado el 19 de mayo de 2024]; 145: 73-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33541566/>
17. Rustichelli C, Bellei E, Bergamini S, Monari E, Baraldi C, Castro FL, et al. Serum levels of allopregnanolone, progesterone and testosterone in menstrually-related and postmenopausal migraine: A cross-sectional study. *Cephalalgia* [Internet]. 2020 [citado el 21 de mayo de 2024]; 40 (12): 1355-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32588652/>
18. Tang B, Yu X, Jiang W, Zhang C, Zhan T, He Y. Clinical significance of serum sex hormones in postmenopausal women with vestibular migraine: potential role of estradiol. *J Int Med Res* [Internet]. 2021 [citado el 22 de mayo de 2024]; 49 (5): 030006052110163. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34024170/>
19. Maleki N, Cheng Y-C, Tu Y, Locascio JJ. Longitudinal course of vasomotor symptoms in perimenopausal migraineurs. *Ann Neurol* [Internet]. 2019 [citado el 22 de mayo de 2024]; 85 (6): 865-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30937949/>
20. Dima L, Bălan A, Moga MA, Dinu CG, Dimienescu OG, Varga I, et al. Botulinum toxin a valuable prophylactic agent for migraines and a possible future option for the prevention of hormonal variations-triggered migraines. *Toxins (Basel)* [Internet]. 2019 [citado el 23 de mayo de 2024]; 11 (8): 465. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31398813/>

ESTUDIOS ORIGINALES

Efectividad de las intervenciones enfermeras en la sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor dependiente

Effectiveness of nursing interventions on family caregiver overload in dependent older adults

Séfora Brito Cárdenes

Departamento de Enfermería. Hospital Virgen de la Poveda (Madrid).

VII Premios de Investigación CODEM 2023. Sexto premio.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.371>

Cómo citar este artículo: Brito Cárdenes, S., Efectividad de las intervenciones enfermeras en la sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor dependiente. *Conocimiento Enfermero* 28 (2025): 52-68.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Fundamentos. El envejecimiento de la población ha aumentado exponencialmente el número de personas dependientes, cuya cobertura de necesidades recae principalmente en cuidadores familiares no profesionales, que experimentan altos niveles de sobrecarga.

Objetivo. Analizar la efectividad de las intervenciones de enfermería en la sobrecarga del cuidador familiar principal del adulto mayor dependiente.

Método. Se desarrolla un protocolo de búsqueda en Pubmed, Web of Science ScienceDirect, Scielo y Scopus. Siguiendo el formato PRISMA, se incluyen 13 estudios en la revisión.

Resultados. Los factores de riesgo de sobrecarga son la falta de conocimiento, la ausencia de un tiempo personal, la ausencia de redes de apoyo, la prolongación de las necesidades de atención del paciente y la falta de capacidades emocionales del cuidador. Los factores de protección son el nivel de conocimientos sobre las necesidades de atención, las habilidades sociales y emocionales y el apoyo percibido por el entorno.

Conclusiones. Las intervenciones son efectivas para reducir los niveles de sobrecarga. Mejorar las capacidades de resolución de problemas, incrementar las habilidades para mejorar la comunicación asertiva y recibir información básica sobre las necesidades de atención que se van a encontrar, refuerza la capacidad de los cuidadores para asumir su rol y prevenir la sobrecarga.

Palabras clave: adulto mayor dependiente; cuidador informal; sobrecarga; intervenciones de enfermería.

ABSTRACT

Background. The ageing of the population has exponentially increased the number of dependent people, whose needs are mainly covered by non-professional family carers, who experience high levels of overload.

Objective. To analyze the effectiveness of nursing interventions on the overload of the main family caregiver of the dependent elderly.

Method. A search protocol is developed in Pubmed, Web of Science, ScienceDirect, Scielo and Scopus. Following the PRISMA guideline, 13 studies are included in the review.

Results. Risk factors for overload are lack of knowledge, absence of personal time, absence of support networks, prolonged care needs of the patient and lack of emotional skills of the caregiver. Protective factors are the level of knowledge about care needs, social and emotional skills, and perceived support from the environment.

Conclusions. Interventions are effective in reducing levels of overload. Improving problem-solving skills, increasing assertive communication skills and receiving basic information about the care needs to be encountered strengthen caregivers' ability to assume their role and prevent overload.

Keywords: dependent elderly; informal caregiver; overload; nursing interventions.

1. Introducción

En la sociedad contemporánea, la esperanza de vida ha aumentado de manera exponencial en los últimos cien años y este fenómeno se ha producido, con mayor o menor intensidad, en todos los países. De acuerdo con la OMS, entre el 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará y, entre el 2020 y 2050, la previsión es que el número de personas de 80 años o más se triplique, hasta alcanzar los 426 millones de personas en este grupo de edad [1].

Asimismo, el envejecimiento de la población está intrínsecamente vinculado al surgimiento de necesidades incrementales para el individuo, relacionándose con el concepto de dependencia. En el ámbito sociosanitario, la definición más aceptada es la proporcionada por el Consejo de Europa¹, que la describe como *“el estado en el cual se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”*.

Asimismo, un factor interconectado a la dependencia es su prolongación en el tiempo, lo que ha propiciado que su atención se denomine con la expresión *“cuidados de larga duración”*. Estos se definen como el sistema integrado de acciones que son desarrolladas por cuidadores no formales, formales o ambos para complementar las capacidades de una persona que presenta limitaciones para la realización de las tareas cotidianas básicas [2].

El cuidador familiar es aquel que ofrece asistencia a una persona que padece una enfermedad crónica o incapacitante sin remuneración. El perfil del cuidador informal es el siguiente: mujeres adultas con edades situadas en torno

a los 50 y los 60 años, que no ejercen una profesión remunerada fuera del entorno doméstico o, en el caso de que la vinieran ejerciendo con antelación a la prestación del cuidado la abandonan total o parcialmente para asumir esta labor, que no cuentan con un nivel de ingresos que les permita poder contar con un profesional especializado para la realización de este rol. Además, en el 80% de los casos, conviven con la persona cuidada, por lo que no existe una separación de las funciones que realizan durante el cuidado y su vida personal, dedicándose por completo a esta labor [3]. Por otra parte, las personas que se ocupan de prestar estos cuidados no disponen de tiempo personal ni participan en tareas de ocio o de cuidado individual [4]. Prestar estos cuidados, de acuerdo con Hidalgo y Martínez [5], sitúa a los cuidadores ante la vulnerabilidad y le exponen ante un cúmulo de factores de estrés de manera intensa y continuada. Como consecuencia, los cuidadores pueden sufrir sobrecarga.

No obstante, la labor de cuidar puede ser muy satisfactoria y gratificante para los cuidadores, pudiéndoles proporcionar una oportunidad para su crecimiento personal y generándoles sentimientos de autoeficacia y un refuerzo del vínculo con otros familiares [6]. Sin embargo, cuando el cuidado se brinda en un entorno de baja cooperación por parte de los demás miembros de la familia o en condiciones de presión y baja capacitación para ofrecerlo, estas funciones conllevan diversas consecuencias físicas y emocionales al cuidador, lo que se reconoce como sobrecarga [7,8]. La sobrecarga del cuidador se define como el conjunto de repercusiones negativas que afectan a la salud global del cuidador como consecuencia del desgaste físico y psicológico que deriva de la prestación de cuidados de forma continuada [5,9,10].

¹ Anexo a la Recomendación N.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia (adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641ª reunión de Delegados de Ministros), pág.13.

En contraposición a los cuidadores informales, los cuidadores formales sí disponen de las competencias profesionales que habilitan para la prestación de estos cuidados [11]. En este sentido, y siendo la profesión del cuidado por definición, la enfermería tiene una posición única para evaluar las necesidades de los cuidadores familiares y proporcionar intervenciones de apoyo destinadas a reducir la carga de los cuidadores y mejorar la preparación de estos para asumir sus roles [12].

Las intervenciones destinadas a mejorar el bienestar de los cuidadores se han relacionado con diversos beneficios, los cuales conciernen a la mejora del bienestar de estos, tanto a nivel físico como emocional y social, elevando su calidad de vida [7,9]. Estas intervenciones, de acuerdo con Swartz y Collins [3], pueden enfocarse en distintos tipos de necesidades, ofreciendo asesoramiento terapéutico, capacitación sobre cuidados específicos o sobre habilidades para tomar decisiones o resolver problemas, atención emocional o una combinación de estos objetivos, que varían en función del cuidador y su entorno.

2. Justificación

A tenor de las cifras relacionadas, el envejecimiento de la población se advierte como una de las transformaciones sociales más relevantes del siglo XXI, planteando un desafío social sin precedentes que requiere de la reformulación de los modelos asistenciales, familiares y comunitarios [13]. Siguiendo a Bodoque et al. [14], en la última década ha ocurrido un incremento exponencial de la demanda de cuidados de larga duración en España como consecuencia del envejecimiento de la edad y al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

En contextos en los que no existen políticas públicas que estén dirigidas a proporcionar a las personas que precisan cuidados de larga duración los cuidados que demandan, esta labor es asumida por otros agentes que pertenecen al ámbito informal, tales como familiares, vecinos o amigos del dependiente [2,4]. Según Swartz y Collins [3], en los países occidentales en torno al 80% de los adultos mayores dependientes vi-

ven en su hogar y, de estos, casi el 90% reciben cuidados proporcionados principalmente por sus familiares, que asumen esta labor de forma desinteresada. Estas cifras ponen de relieve la importancia de los cuidadores familiares actualmente y, considerando las tendencias demográficas expuestas anteriormente, subrayan la importancia de que se investigue más profundamente sus necesidades.

De acuerdo con Cordero et al. [15], dado que los modelos asistenciales están definidos vertebrándose en torno a las necesidades físicas de los pacientes, las necesidades de ayuda que se asocian a la edad no siempre encuentran una respuesta desde el ámbito asistencial y, en la práctica, los cuidadores informales se han convertido en un agente principal para la atención a los adultos mayores. Al respecto, la literatura especializada ha reconocido que la asunción de las tareas inherentes a la prestación de cuidados de larga duración a una persona dependiente durante un periodo prolongado presenta implicaciones físicas y psicológicas sobre el cuidador [7,15]. El riesgo de que el cuidador sufra efectos negativos está modulado por la convergencia de factores protectores, pero, con carácter general, el cuidado está asociado con impactos adversos que deben ser tenidos en cuenta por el sistema sanitario.

Por este motivo, es necesario considerar que los cuidadores están expuestos a diversos factores de riesgo que condicionan su estado de salud y que pueden limitar su competencia para ejercer los roles asociados al cuidado, por lo que disponer de intervenciones a través de las que optimizar estas capacidades permitirá mejorar a su vez la calidad de la atención que estos brindan [8,16].

3. Pregunta de investigación

Partiendo de la estrategia PICOS (tabla 1), la pregunta resultante es la siguiente:

¿son efectivas las intervenciones de enfermería desarrolladas para atender la sobrecarga de los cuidadores familiares principales del adulto mayor dependiente y qué resultados secundarios se alcanzan con estas?

TABLA 1. Estrategia PICO.

Paciente	Cuidador familiar principal del adulto mayor dependiente
Intervención	Intervenciones de enfermería dirigidas a la sobrecarga
Comparación	Se compara con la ausencia de intervención
Resultados	Resultados de las intervenciones, beneficios para el cuidador, factores de riesgo y protección
Diseño del estudio	Ensayos clínicos (con y sin grupo de control)

Fuente: Elaboración propia.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

- Realizar una revisión sistemática para analizar la efectividad de las intervenciones de enfermería en la sobrecarga del cuidador familiar principal del adulto mayor dependiente.

3.2. Objetivos específicos

- Describir el perfil de los cuidadores familiares que reciben intervenciones de enfermería en la sobrecarga.
- Definir los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la sobrecarga del cuidador familiar principal.
- Identificar los factores de protección que pueden influir en la sobrecarga del cuidador familiar principal.
- Determinar si son eficaces las intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención de la sobrecarga del cuidador familiar principal.

4. Material y método

Para dar alcance a los objetivos propuestos en el apartado precedente, se ha diseñado un protocolo de revisión sistemática en el que se utilizan las pautas PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) en el desarrollo de la estrategia de búsqueda y la selección de los estudios que se incorporan, persiguiendo alcanzar el máximo rigor en la síntesis de la evidencia científica disponible so-

bre la temática en la que se indaga, minimizando el sesgo de publicación y selección en las intervenciones incluidas. La utilización de estas pautas, a su vez, permite la replicabilidad de la revisión.

Las bases de datos en las que se determinó realizar la búsqueda fueron las siguientes: Pubmed, Web of Science, Scopus, ScienceDirect y Scielo. Se escogieron considerando la accesibilidad de estas y su relevancia en la disciplina sobre la que se investiga. La búsqueda se realizó en los meses de septiembre y octubre de 2022 y se acotó a investigaciones consistentes en ensayos clínicos publicados en los últimos 10 años en inglés o español. Las palabras clave que se escogieron para formular las ecuaciones de búsqueda a introducir en cada buscador proceden del tesoro MeSH (Medical Subject Heading)/DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y fueron las siguientes: caregiver burden/sobrecarga del cuidador, informal caregiver/cuidador informal, family caregiving/cuidador familiar, elderly/persona mayor, frailty/fragilidad, nurse/enfermera, nursing intervention/intervención de enfermería. Estos términos se han conectado entre sí mediante los operadores booleanos AND y OR, adaptando la ecuación de búsqueda a las características de cada buscador, realizándose aquellas modificaciones precisas para poder ser empleado en cada base de datos, de acuerdo a la estructura y configuración de estas. En aquellas bases de datos que lo permitían, se acotó la búsqueda al título y el resumen.

Se incluyeron ensayos clínicos, con o sin grupo de control, publicados entre 2012 y 2022 en inglés o español (inicialmente se desarrolló la

TABLA 2. Filtros seleccionados por base de datos.

Base de datos	Filtros seleccionados
Pubmed	Campos de búsqueda: Título, resumen Filtro: <i>clinical trial</i>
Web of Science (WOS)	Campos de búsqueda: Resumen Filtro: <i>clinical trial</i>
Scopus	Campos de búsqueda: Título, resumen y palabras clave Filtros: – Por tipo de documento: artículos – Por idioma: inglés – Por tipo de estudio: ensayo clínico
ScienceDirect	Campos de búsqueda: Título, resumen Filtro: <i>clinical trial</i>
Scielo	Campos de búsqueda: Título, resumen Filtro: <i>clinical trial</i>

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3. Implementación del protocolo de revisión.

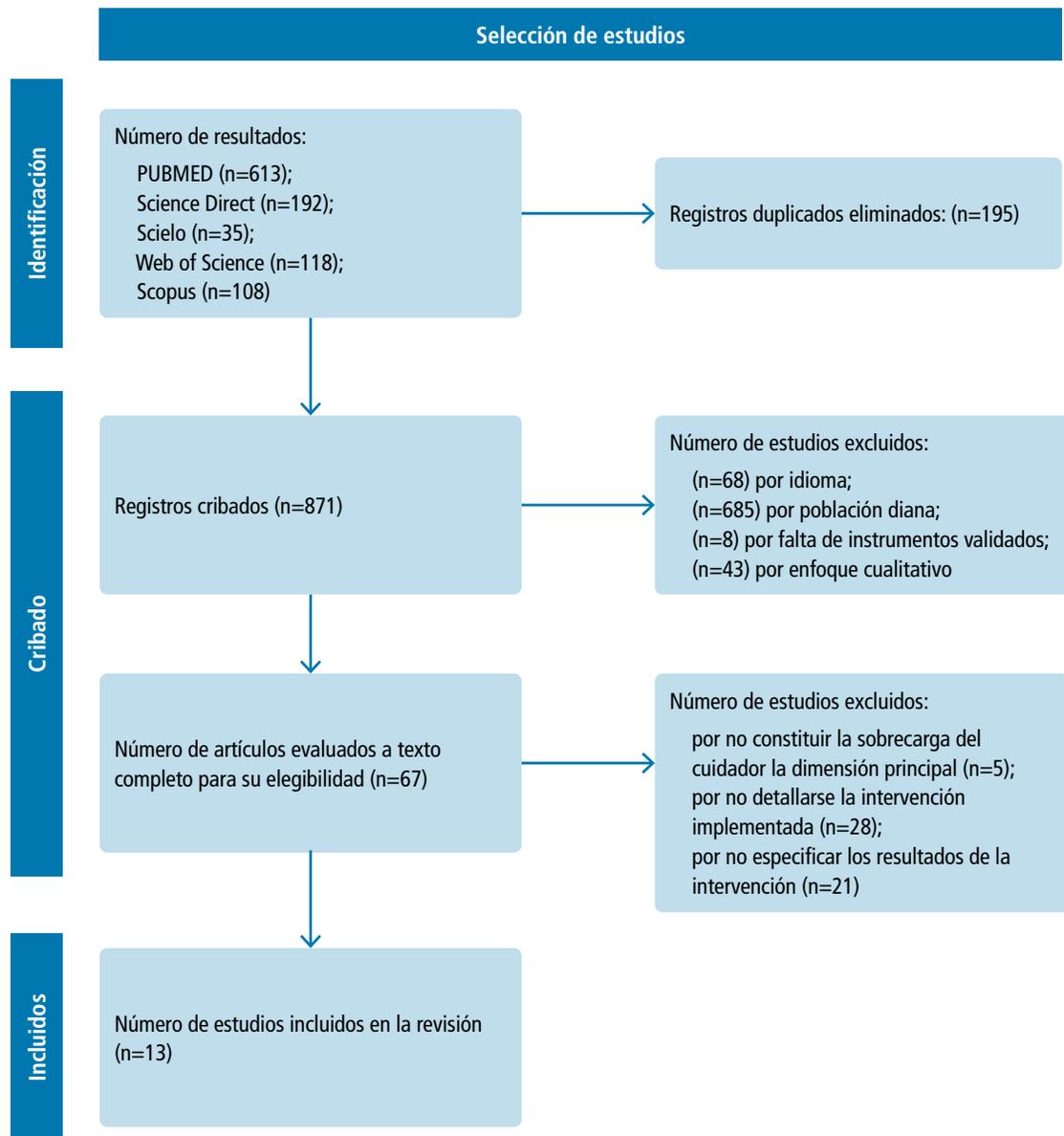
Base de datos	Ecuación de búsqueda	R*	R**	R***
Pubmed	("caregiver burden"[Title/Abstract] OR informal caregiver [Title/Abstract] OR family caregiver [Title/Abstract]) AND (elderly [Title/Abstract] AND (frailty [Title/Abstract]) AND (nurse* [Title/Abstract]) AND (trial [Title/Abstract] OR study[Title/Abstract] OR intervention [Title/Abstract])	613	48	3
ScienceDirect	AB=(caregiver burden OR informal caregiver OR family caregiving) AND AB=(frailty) AND AB=(elderly) AND AB=(study OR trial OR intervention)	192	19	4
Scielo	TITLE-ABS-KEY (((caregiver burden OR informal caregiver OR family caregiving) AND (frailty) AND (elderly) AND (random*) AND (study OR trial OR intervention)	35	14	2
Web of Science	TITLE-ABS-KEY (((caregiver burden OR informal caregiver OR family caregiving) AND (frailty) AND (elderly) AND (random*) AND (study OR trial OR intervention)	118	23	3
Scopus	TITLE-ABS-KEY (((caregiver burden OR informal caregiver OR family caregiving) AND (frailty) AND (elderly) AND (random*) AND (study OR trial OR intervention)	108	15	1

Fuente: Elaboración propia.

búsqueda incluyendo estudios de los últimos cinco años, pero se incorporaron estudios desde 2012 porque el número de publicaciones era limitado); estudios consistentes en intervenciones de enfermería dirigidas a cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en los que se utilicen escalas validadas para determinar la efectividad de estas y reflejar los resulta-

dos alcanzados e investigaciones en las que el resultado primario es la sobrecarga del cuidador informal.

Se excluyeron estudios cualitativos o investigaciones en las que no se utilizan herramientas validadas para medir los resultados que se alcanzan; protocolos de estudio, estudios sin resultados o estudios no completados en el

FIGURA 1. Diagrama de flujo del proceso de depuración y selección de los resultados.

Fuente: Elaboración propia.

momento de realización de la revisión; artículos en los que no se describa la metodología utilizada, las características de la muestra con la que se interviene y el detalle de la intervención practicada (duración, objetivos de la intervención, características de las sesiones, etc.); estudios de opinión o sin evidencia científica y también los artículos no publicados en revistas de enfermería.

Con el objetivo de reducir el sesgo en las investigaciones resultantes, se empleó la escala

Cochrane Collaboration en su versión para ensayos clínicos.

5. Resultados

En primer lugar, se ha realizado una tabla sintética en la que se recopilan las características de los estudios seleccionados. Posteriormente, se desarrolla y se discute en conexión con los objetivos del trabajo la información presentada.

TABLA 5. Descripción de los estudios.

Referencia	Diseño y muestra	Objetivos	Detalle de la intervención	Resultados
Broekema et al. (2021)	Ensayo controlado aleatorizado. N=61 (21 grupo de intervención, 40 grupo de control)	Evaluar los efectos de las conversaciones de los cuidadores con personal enfermería sobre la carga del cuidador familiar, la calidad de vida de los pacientes, el funcionamiento familiar y las demandas de atención médica domiciliaria.	La intervención consistió en dos sesiones de hora y media de conversación enfermera-cuidador que tuvo lugar en el domicilio donde se realizaba el cuidado. Las enfermeras habían recibido previamente educación para poder desarrollar estas conversaciones y tuvieron tiempo para planificar los contenidos a tratar.	La carga del cuidador familiar se mantuvo estable en el grupo de intervención mientras que aumentó en el grupo de control. El funcionamiento familiar mejoró significativamente en comparación con el grupo de control para los pacientes y familiares en el grupo de intervención. No se encontraron efectos significativos sobre la calidad de vida de los pacientes. La cantidad de atención médica domiciliaria profesional disminuyó en el grupo de intervención, mientras que se mantuvo igual en el grupo de control.
Day et al. (2021)	Ensayo clínico aleatorizado. N=48 (24 grupo intervención, 24 grupo control).	Evaluar el efecto de la intervención de enfermería domiciliaria sobre la carga de los cuidadores familiares de adultos mayores.	Intervención domiciliaria consistente en recibir las visitas de personal de enfermería (1 hora de duración por visita) tras 7, 14, 21 y 30 días desde el alta del paciente. Se ofrecen orientaciones basadas en un enfoque educativo que parte de los problemas que las familias identifican. Además, se hacen demostraciones prácticas sobre cómo cuidar a los pacientes, considerando tanto las necesidades físicas como psicosociales de estos.	No hubo diferencias estadísticamente significativas en el nivel de sobrecarga, aunque sí se aprecia que estos niveles aumentan en el grupo de control. En el grupo de intervención se aprecian algunos resultados a nivel descriptivo en relación con la reducción del estrés.
Durán et al. (2019)	Ensayo controlado aleatorizado. N=34 (17 en el grupo de intervención y 17 en el grupo control).	Evaluar el efecto del programa "Cuidar a los Cuidadores" en su nivel de sobrecarga.	La intervención consistió en un taller educativo de 4 sesiones donde se trataron los siguientes temas: conocimiento sobre el cuidado, habilidades sociales, toma de decisiones y experiencia sobre el cuidado.	El nivel de sobrecarga disminuyó en el grupo de intervención (el 47% presentaba sobrecarga intensa antes del taller y al finalizar este solo el 17,65% mantenían esta puntuación) ($p=0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la capacidad percibida para realizar las labores del cuidado en ninguno de los dos grupos.
Kor et al. (2019)	Ensayo controlado aleatorizado. N=36.	Explorar los efectos preliminares de una terapia cognitiva modificada basada en mindfulness para cuidadores familiares de personas con demencia.	7 sesiones de mindfulness en 10 semanas. El programa incluía diversas actividades de atención plena (caminar con atención, alimentación consciente y psicoeducación). Además, se realizó un grupo focal con ocho participantes del grupo de intervención para identificar las fortalezas, limitaciones y dificultades de la intervención.	El grupo de intervención experimentó una disminución estadísticamente significativa en los niveles de estrés ($Z = -1,98$, $p = 0,05$, d de Cohen = 0,7) y síntomas depresivos ($Z = -2,25$, $p = 0,02$, d de Cohen = 0,8) en la prueba posterior; y una disminución del estrés ($Z = -2,58$, $p = 0,01$, d de Cohen = 0,9), los síntomas depresivos ($Z = -2,20$, $p = 0,03$, d de Cohen = 0,7) y la carga ($Z = -2,74$, $p = 0,006$, d de Cohen = 1,0) y una mejor calidad de vida (física) ($Z = -1,68$, $p = 0,09$, d de Cohen = 0,6) a los 3 meses de seguimiento en comparación con los controles.

Referencia	Diseño y muestra	Objetivos	Detalle de la intervención	Resultados
Lök y Bademli (2017)	Ensayo controlado aleatorizado. N=40 (20 grupo de intervención, 20 grupo de control)	Medir la efectividad del programa de intervención sobre el nivel de sobrecarga y el seguimiento de un estilo de vida saludable entre los cuidadores principales.	7 sesiones dirigidas a tratar las necesidades de los cuidadores familiares y promover comportamientos saludables. Los contenidos se decidieron considerando la literatura académica consultada y valorando la opinión de expertos.	Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de sobrecarga antes y después de la intervención ($p < 0.05$). Además, se consiguió una mejora estadísticamente significativa en todos los comportamientos de estilo de vida saludable (responsabilidad en salud, actividad física, alimentación, desarrollo espiritual, comunicación interpersonal y manejo del estrés) ($p < 0.05$).
Rico et al. (2021)	Ensayo controlado aleatorizado. N=224 cuidadores (102 en el grupo de intervención y 122 en el grupo de control).	Medir la efectividad de una intervención domiciliar dirigida por enfermeras (denominada CuidaCare) sobre la calidad de vida de los cuidadores principales, medida a los 12 meses de seguimiento.	Seis sesiones de 30 minutos, a razón de una por mes y una sesión de refuerzo a los seis meses. Técnicas de reestructuración cognitiva, educación para la salud y apoyo emocional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los cuidadores a través de la mejora del afrontamiento y la autoeficacia.	La intervención mejoró la puntuación media de la escala analógica visual de calidad de vida en 5,46 puntos ($p=0,05$). En cada visita se encontró un aumento promedio de 1,25 ($p=0,05$). Los hombres cuidadores mejoraron en promedio 5,63 puntos más que las mujeres cuidadoras ($p=0,05$).
Rodríguez et al. (2015)	Ensayo clínico aleatorizado. N=151 participantes (78 intervención, 73 control).	Medir la eficacia de un Programa de Educación para Cuidadores Informales en relación con su sobrecarga, salud mental y física, y conocimientos relacionados con el cuidado.	Programa educativo intensivo teórico-práctico de dos sesiones de 3 horas de entrenamiento, impartidas con una frecuencia semanal. Se complementó con un dossier educativo.	El nivel de sobrecarga de los participantes no mejoró, medido por el Test de Zarit ($p = 0,338$), ni tampoco mejoró su salud física ($p = 0,917$) ni mental ($p = 0,345$). Sin embargo, hubo una mejora en el cuidado de la higiene ($p = 0,001$) y el cuidado de la movilidad ($p = 0,001$).
Sánchez et al. (2016)	Estudio piloto (cuasi-experimental, sin controles). N=8 cuidadores.	Determinar la efectividad sobre la sobrecarga del cuidador de una intervención de enfermería para apoyarlo y capacitarlo.	Se realizaron 9 visitas al domicilio, a razón de una por semana (90 minutos por visita). En estas visitas se abordaban necesidades informadas por los participantes, cubriendo sus demandas.	La comparación de puntuaciones de sobrecarga con anterioridad y posterioridad a la intervención sugiere que esta es efectiva (antes de la intervención 100% de sobrecarga y después se redujo al 25%) ($p=0.002$). No se encontró asociación entre el nivel de dependencia del cuidado y el grado de sobrecarga ($p=0.435$).
Tinoco et al. (2023)	Ensayo controlado aleatorizado. N=86 (43 grupo intervención; 43 grupo control).	Evaluar la efectividad de la intervención de enfermería llamada "círculos de diálogo" sobre sobrecarga del cuidador familiar.	La intervención consistió en la creación de entornos donde los cuidadores pudieran compartir sus problemas, emociones y dificultades relacionadas con su rol. Se crearon cinco grupos y cada reunión tenía una duración de 90 minutos, realizándose con un intervalo de 15 días.	Los cuidadores disminuyeron su nivel de sobrecarga ($p=0,001$), además de encontrarse mejoras en las siguientes dimensiones: autocontrol emocional, autonomía, habilidades de resolución de problemas, sentimientos de autorrealización, habilidades interpersonales ($p=0,001$).

Referencia	Diseño y muestra	Objetivos	Detalle de la intervención	Resultados
Toye et al. (2016)	Ensayo controlado aleatorizado. N=141 (62 grupo de intervención y 79 grupo de control).	Establecer la efectividad de una intervención de enfermería para mejorar la preparación hacia el cuidado de los cuidadores informales y reducir la sobrecarga.	El programa consistió en 3 llamadas telefónicas, realizadas por una enfermera especialmente capacitada, que trató los siguientes contenidos: ofrecer apoyo para facilitar la comprensión de la documentación sobre el alta del paciente; ser capaz de atender las necesidades del paciente y priorizarlas, resolver dudas, ofrecer información sobre recursos a los que se puede acceder. La frecuencia fue la siguiente: 1ª llamada: en la primera semana después del alta; 2ª llamada: entre el día 7 y 10 después del alta; 3ª llamada: 14 días después del alta.	Se apreciaron mejoras estadísticamente significativas en torno a la percepción de los cuidadores para afrontar su rol ($p = 0,002$). Además, los pacientes cuyos cuidadores habían participado en el grupo de intervención mejoraron más respecto a sus síntomas ($p = 0,011$). Se apreció una disminución de la angustia del cuidador ($p= 0,036$). No hubo cambios en la percepción del esfuerzo que el cuidado comporta entre grupos.
Viegas et al. (2018)	Estudio piloto. N=13 cuidadores.	Medir la efectividad de una intervención de enfermería dirigida a ofrecer psicoeducación para mejorar la gestión del estrés sobre la sobrecarga, el afrontamiento y el nivel de bienestar emocional.	Programa de gestión del estrés basado en 5 fases que ayudan a que cada cuidador pueda adquirir habilidades de gestión del estrés que le ayudan a conseguir resultados específicos (superando sus propios objetivos). Se articula en cinco sesiones de entre 30 y 45 minutos que se realizan en el hogar.	La comparación entre el antes y el después de la intervención, mostró diferencias estadísticamente significativas en el nivel de sobrecarga ($p=.023$) y en las categorías impacto del cuidado ($p=.037$) y expectativas hacia el cuidado ($p=.023$). Los cuidadores mejoraron sus estrategias de afrontamiento, especialmente en la categoría percepción alternativa de la situación. También hubo una mejora en el bienestar emocional; en la categoría afecto positivo la diferencia fue estadísticamente significativa ($p=.024$). Se apreciaron cambios a nivel descriptivo, pero sin significación estadística en el nivel de bienestar emocional y en las habilidades de afrontamiento. Aunque estas dimensiones también mejoraron, no hubo cambios estadísticos lo suficientemente fuertes que permitan achacar la diferencia al programa de intervención.
Wasmani et al. (2022)	Estudio cuasi-experimental. N=30 (15 grupo de intervención, 15 grupo de control)	Determinar el efecto de un programa de intervención educativa sobre la carga de cuidado en cuidadores familiares de ancianos con cáncer.	2 sesiones de entrenamiento individual en habilidades de comunicación asertiva, gestión de la ira y de la tensión nerviosa, y sesiones de diálogo y resolución de problemas para cuidadores. Los contenidos de la intervención en esta investigación se basaron en el diálogo directo, la técnica de preguntas y respuestas, y la aportación de un cuadernillo informativo.	Después de la intervención la puntuación media de la carga de cuidados en el grupo de intervención disminuyó con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$)

Referencia	Diseño y muestra	Objetivos	Detalle de la intervención	Resultados
Yeuens et al. (2019)	Ensayo controlado aleatorizado. (N=141) (62 grupo de intervención y 79 grupo de control).	Medir la efectividad de un programa de intervención telefónico sobre la preparación para ejercer el rol de cuidador, la tensión y la angustia del cuidador.	El programa consistió en 3 llamadas telefónicas, realizadas por una enfermera especialmente capacitada, que trató los siguientes contenidos: ofrecer apoyo para facilitar la comprensión de la documentación sobre el alta del paciente; ser capaz de atender las necesidades del paciente y priorizarlas, resolver dudas, ofrecer información sobre recursos a los que se puede acceder. Llamada 1, dentro de los cuatro días posteriores al alta; llamada 2, 15-21 días después del alta; y llamada 3, seis semanas después del alta.	El grupo de intervención demostró tener mejor preparación para realizar las labores del cuidado ($p = 0,029$). El coste de la intervención se estableció en 268,28 dólares australianos por participante. Se consideró una intervención rentable porque redujo las necesidades de atención médica en los pacientes del grupo de intervención, aunque sin cambios estadísticamente significativos.

Fuente: Elaboración propia.

5.1. Perfil de los cuidadores familiares que reciben intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga

En el estudio de Rico et al. [17], los cuidadores tenían el siguiente perfil: el 72,8% eran mujeres; la edad media se situó en 78,1 años y el 66,1% convivían exclusivamente con la persona dependiente. La prolongación del tiempo durante el que se estaba ejerciendo el rol se situó por encima de 6 años. El 46,8% de los cuidadores percibían tener sobrecarga, el 54,1% ansiedad y el 12,9% depresión.

Por su parte, Sánchez et al. [18] identificaron que el 87,5% eran mujeres, el 87,5% solteras, separadas o viudas, de las cuales el 37,5% no había completado la educación y el 50% no había completado el bachillerato. De los participantes, el 62,5% no ejercían actividades profesionales remuneradas, bien por trabajar exclusivamente en las tareas del hogar (50%) o por encontrarse en situación de desempleo (12,5%). El 100% de los cuidadores eran hijos del adulto mayor al que cuidaban.

En el estudio de Tinoco et al. [19] la muestra estuvo comprendida por mujeres (80%), cuya edad media fue de 56 años, de las cuales el tan solo el 6% realizaban actividad laboral por cuenta ajena. El 78% de los cuidadores eran hijos de la persona dependiente y, el 75% convivía

con la persona cuidada, realizando esta labor de manera no remunerada en el 76% de los casos.

En la investigación de Durán et al. [20] los cuidadores son en su mayoría mujeres, amas de casa y con edades entre 40 y 58 años. En lo relativo al estudio de Broekema et al. [21], estos autores establecieron en 68 años la edad media de los familiares que realizaban el rol de cuidador. A diferencia de otras investigaciones, el 58% eran pareja de la persona que recibió los cuidados.

Por otra parte, Day et al. [22] situaron la edad media de los cuidadores en 53,54 años, siendo en el 80% de los casos mujeres y en el 66,7% desempleadas. El 54% de estas mantenían una relación sentimental con el cuidado.

Viegas et al. [23] identificaron que en su muestra el 61,5% eran mujeres y la edad media se situó en 62,18 años. De los participantes, el 53,8% estaban casados y, a diferencia de otros estudios, el 23,1% estaba en situación laboral activa, compatibilizando el trabajo con su ejercicio profesional.

Lök y Bademli [24] registraron una participación femenina del 70%. La edad media se situó en 52,97 años. Además, el 70% de los participantes estaban casados. En este estudio se tuvieron en cuenta, además, los comportamientos saludables que los participantes realizaban antes y después de la intervención, encontrándose

una falta de autocuidado en los cuidadores generalizada, representada por un déficit de práctica de actividad física, un bajo compromiso con su salud personal y falta de atención a las pautas de alimentación saludable.

En el estudio de Toye et al. [25], el 75,8% fueron mujeres. De estas, el 29% eran esposas del paciente al que cuidaban y el 35% hijas de este. La edad media se situó en 63 años.

Wasmani et al. [26] identificaron que en su muestra el 86,7% eran mujeres. El 66,7% de los participantes estaban casados y, del total de la muestra, tan solo el 33% disponía de estudios universitarios. En lo referente a la actividad profesional, solo un 20% ejercía alguna actividad remunerada fuera del hogar.

En la investigación Kor et al. [27] la mayoría de los participantes eran mujeres (83,3%) y su edad media era 57,1 años. La mayoría de los participantes eran hijas de una persona con demencia (69,4%). La duración media del cuidado se situó en 75,1 meses.

Por último, en el estudio de Rodríguez et al. [28] el 80% fueron mujeres y la edad media se situó en 50 años. De los cuidadores, el 36,4% eran hijos/as de los pacientes y el 24,5% cuidadores. El 45,7% estaba en situación de desempleo y el 45% estaba asumiendo el rol de cuidador desde hacía más de un año.

5.2. Factores de riesgo y sobrecarga en el cuidador principal

Day et al. [22], Kor et al. [27] y Rico et al. [17] identificaron como factores de sobrecarga la autopercepción de síntomas depresivos o malestar en el cuidador, cuya intensidad se incrementa a medida que se prolonga la labor de cuidar si no se refuerza mediante programas de intervención u otras vías para su estímulo (sesiones de atención psicológica, apoyo por parte de otros cuidadores secundarios, etc.). Para Sánchez et al. [18], Toye et al. [25] y para Youens et al. [29] el déficit de conocimientos sobre cómo desarrollar las labores de cuidado era una de las principales causas de sobrecarga, lo que pone de manifiesto que al cubrirse aquellas necesidades de conocimiento específicas mediante progra-

mas de educación para la salud se aumenta su capacidad para ejercer el rol de cuidador. Además, Youens et al. [29] consideran que un aumento de conocimientos también puede reducir la demanda de atención médica porque se consigue capacitar a los cuidadores para atender a los pacientes.

Por otra parte, Rodríguez et al. [28] consideraron como factores de riesgo de sobrecarga la falta de habilidades de afrontamiento en la muestra, aspecto en lo que coinciden Kor et al. [27] y Viegas et al. [23], que destacan que es importante que los cuidadores mantengan la capacidad para delimitar sus objetivos y puedan asumir de manera práctica la responsabilidad para alcanzarlos.

Por último, de acuerdo con Wasmani et al. [26], la falta de capacidades comunicativas y de gestión de las emociones también determinan el modo en que se experimenta el cuidado, por lo que capacitar en estas habilidades también puede reducir el impacto negativo del ejercicio de este rol.

5.3. Factores de protección y sobrecarga en el cuidador familiar principal

En el estudio de Rico et al. [17] se detectó que no vivir exclusivamente con la persona dependiente era un factor de protección ante la sobrecarga.

Por su parte, Sánchez et al. [18] identificaron que el recibir información sobre cómo realizar las labores de atención y cuidado que el adulto mayor al que cuidaban precisaba era un factor de protección ante la sobrecarga. Al respecto, las principales necesidades de conocimiento de los cuidadores estaban relacionadas con la propia patología que sufría el cuidado, y aspectos básicos como la manera en que resulta conveniente movilizarlo, cómo manejar la oxigenoterapia y cómo comunicarse y gestionar las emociones.

Lök y Bademli [24] consideraron que asumir un estilo de vida saludable, basado en comportamientos de alimentación sana, hábitos dirigidos a incrementar la salud física mediante la práctica de ejercicio y la participación en tareas

de ocio también puede mejorar la calidad de vida y reducir la sobrecarga de los cuidadores.

5.4. Eficacia de las intervenciones en enfermería dirigidas a la prevención de la sobrecarga

La intervención CuidaCare, cuyos efectos se midieron en el estudio de Rico et al. [17] es una intervención basada en técnicas de reestructuración cognitiva, educación para la salud y apoyo emocional, con el objetivo mejorar la calidad de vida de los cuidadores a través de la mejora del afrontamiento y la autoeficacia, lo que aumenta su capacidad para ejercer el rol de cuidador e incrementa las actitudes de autocuidado en sí mismos, que es un aspecto en relación con el que los cuidadores suelen mostrar un déficit. El programa está diseñado por enfermeras y psicólogas y se implementa por enfermeras en visitas sucesivas (seis sesiones de 30 minutos, a razón de una al mes y una sesión de refuerzo a los seis meses). Además, se les aporta material de refuerzo. La intervención mejoró la puntuación media de la escala analógica visual de calidad de vida en 5,46 puntos ($p=0,05$). En cada visita se encontró un aumento promedio de 1,25 ($p=0,05$). Los hombres cuidadores mejoraron en promedio 5,63 puntos más que las mujeres cuidadoras ($p=0,05$).

En relación con la intervención de Sánchez et al. [18], estuvo basada en aportar en visitas domiciliarias aquella información y capacitación que los cuidadores consideraban como preferente, de manera que cada sesión se diseñó de forma específica para complementar sus demandas durante sesiones de 90 minutos. Los resultados demostraron que la intervención era efectiva porque con antelación al inicio del programa el 100% de los cuidadores presentaban sobrecarga y después de participar en el programa se redujo al 25% ($p=0.002$). No se encontró asociación entre el nivel de dependencia del cuidado y el grado de sobrecarga ($p=0.435$), lo que sugiere que el diagnóstico de la persona que recibe los cuidados no tiene influencia sobre la experiencia del cuidador.

Por su parte, Durán et al. [20] lograron una

reducción estadísticamente significativa en la intensidad de la sobrecarga mediante la participación de los cuidadores en un programa dirigido a empoderarlos y desarrollar algunas habilidades básicas para ejercer el cuidado mediante diseño de un taller educativo que se acompañaba de material informativo de soporte para la consulta. A pesar de que la muestra de participantes se consideró baja y que los autores encontraron diferencias en el perfil de cuidadores integrantes del grupo de control del grupo de intervención que podrían sesgar los resultados, los hallazgos alcanzados sugieren que existe una mejora en la capacidad de los cuidadores para desarrollar este rol.

La intervención de Broekema et al. [21] consistió en el mantenimiento de dos conversaciones entre enfermeras y cuidadores en el domicilio de estos para tratar diferentes temáticas que pudieran resultar preocupantes o sobre las que los familiares pudieran querer profundizar. Los contenidos no estaban estandarizados, de manera que cada conversación cubrió unas tareas específicas bajo la demanda de los cuidadores, que presentaba necesidades distintas en función de su rol socio demográfico. Tras las conversaciones, todos los cuidadores cumplieron un cuestionario de satisfacción y estuvieron de acuerdo en que habían mejorado su habilidad para realizar las tareas de cuidado, se sentía más apoyados y había mejorado la comprensión sobre las necesidades del paciente.

La intervención SHARE, desarrollada por Day et al. [21] se asoció con una mejora de la capacitación en habilidades de cuidado y con la resolución de dudas sobre las necesidades de atención del paciente al que se cuida, haciendo que los cuidadores familiares tuvieran más confianza para desarrollar actividades de cuidado. Además, contribuyó a la reorganización del cuidado en el entorno familiar, aumentando la cooperación de otras personas que inicialmente no contribuían al cuidado, si bien no hubo diferencias estadísticamente significativas.

En lo relativo al programa de intervención desarrollado por Viegas et al. [23], se evidenciaron cambios estadísticamente significativos en el nivel de sobrecarga ($p=.023$) y en las categorías impacto del cuidado ($p=.037$) y expectativas

hacia el cuidado ($p=.023$). Además, se evidenció una mejora en las habilidades de afrontamiento de los cuidadores, que fue especialmente relevante en la dimensión de percepción alternativa de la situación, de manera que el programa ayudó a los cuidadores a poder tener un punto de vista más amplio de su rol y mejorar el modo en que tomaban decisiones gracias a su capacidad para reflexionar sobre las necesidades y demandas que afrontan. Se apreció además una mejora en el bienestar emocional que resulta esencial para conseguir disfrutar de una salud mental positiva que preserve la capacidad del cuidador para ejercer su rol, aunque estas mejoras no fueron estadísticamente significativas.

El estudio de Lök y Bademli [24] demostró que la intervención reducía el nivel de sobrecarga de manera estadísticamente significativa ($p < 0.05$) y mejoraba los comportamientos saludables de los participantes.

En la investigación de Toye et al. [25] se apreciaron mejoras estadísticamente significativas en torno a la percepción de los cuidadores para afrontar su rol ($p = 0,002$). Además, los pacientes cuyos cuidadores habían participado en el grupo de intervención mejoraron más sus síntomas ($p = 0,011$). Se apreció una disminución de la angustia del cuidador ($p = 0,036$). Sin embargo, no hubo cambios en la percepción del esfuerzo que el cuidado comporta, que se mantuvo estable entre grupos.

Por su parte, Youens et al. [29] consideraron que estas intervenciones muestran un excelente ratio coste/beneficio porque pueden reducir las posteriores demandas de atención sanitaria de los pacientes, debido a que el empoderamiento de los participantes para tomar decisiones y liderar el cuidado reduce las demandas de atención profesional.

En el estudio de Wasmani et al. [26], por su parte, se encontró una reducción de la sobrecarga estadísticamente significativa ($p < 0,001$), lo que sugiere que mejorar las capacidades de resolución de problemas, incrementar las habilidades para participar en actos de comunicación asertiva y recibir información básica sobre las necesidades de atención que se van a encontrar refuerza la capacidad de los cuidadores para asumir su rol.

Desde un punto de vista diferente, Kor et al. [27] encontraron que la práctica de atención plena (mindfulness), unida a la realización de prácticas meditativas, el refuerzo de la capacidad para enfocarse en el presente y la mejora de las competencias emocionales mediante psicoeducación tenía un efecto estadísticamente significativo en la gestión del estrés, la percepción de la carga, la calidad de vida y los síntomas de depresión percibidos en la muestra.

Por último, Rodríguez et al. [28] no encontraron con su programa de intervención una mejora en el nivel de sobrecarga y únicamente se hallaron cambios estadísticamente significativos en lo relativo a la realización de tareas básicas de cuidado del paciente.

6. Discusión

El perfil sociodemográfico de las personas que se ocupan de ejercer el rol de cuidadores principales es coincidente en los estudios que se han integrado en esta revisión y concuerdan con la caracterización sociodemográfica de los cuidadores que se encontró en estudios previos. De acuerdo con las evidencias encontradas en los estudios de Broekema et al. [21], Day et al. [22], Durán et al. [20], Kor et al. [27], Lök y Bademli [24], Sánchez et al. [18]), Rico et al. [17] Rodríguez et al. [28], Tinoco et al. [19], Toye et al. [25], Viegas et al. [23], Youens et al. [29] y Wasmani et al. [26], ser mujer, de edad situada a partir de los 55 años, mantener una relación sentimental o ser hija del adulto mayor enfermo y no realizar actividad laboral fuera del entorno familiar es el patrón central que define al cuidador informal. Además, aunque no es un aspecto medido en todos los estudios, se evidencia en aquellos que sí reflejan este aspecto que la labor del cuidado se desarrolla de manera prolongada durante periodos de tiempo muy amplios que pueden llegar a superar los 75 meses [27]. El tiempo de ejercicio del rol de cuidador principal determina el nivel de sobrecarga en ausencia de intervenciones que contribuyan a limitar los factores de riesgo [21,23].

En la revisión se encontraron como factores de riesgo fundamentales la falta de conocimien-

to sobre tareas básicas de cuidado y atención al adulto mayor enfermo [18,24,29], la ausencia de un tiempo personal para realizar actividades de autocuidado [23], la ausencia de redes de apoyo que permitan al cuidador informal sentirse reforzado en el ejercicio de su rol [21], la prolongación de las necesidades de atención del paciente [27] y la falta de capacidades emocionales para mantener la salud mental durante el tiempo en el que se ejerce este rol [17,22,27]. Dentro de estas, la falta de capacidad para afrontar las necesidades que surgen de este rol, junto al déficit en la capacidad para poder comunicarse con otros familiares y con el propio paciente son los factores que reducen la calidad de vida de los cuidadores y afecta a su nivel de sobrecarga, que a su vez puede influir en la salud física y mental de los pacientes a los que estos cuidan [17].

Como factores de protección, se evidencia en los estudios incorporados a la revisión que el participar de intervenciones y grupos de apoyo en los que se pueda aprender sobre cómo gestionar los problemas cotidianos inherentes al cuidado, así como incrementar la capacidad para tomar decisiones son aspectos que empoderan al cuidador y le hacen ser más eficiente en su día a día, limitando el impacto que le generan los factores de riesgo que sufre [17,24]. Además, la mejora de conocimientos sobre las situaciones clínicas y las necesidades de cuidado de los pacientes es clave para ayudar a que los cuidadores puedan ejercitar sus roles con seguridad y autonomía, que son dimensiones que se asocian con el bienestar emocional y psicológico de estos [18].

En las investigaciones consultadas se pone de manifiesto que, además, tener una red de apoyo es fundamental para poder realizar las tareas de cuidado sin sufrir consecuencias físicas o emocionales. Esta red de apoyo debe estar integrada por otros familiares, amigos o por profesionales que permitan al cuidador familiar verse atendido cuando lo precisa por su entorno, sintiéndose respaldado y percibiendo que su tarea es visible, respetada e importante. En efecto, dado que el cuidado se prolonga durante un tiempo muy amplio, a falta de esta retroalimentación y apoyo el impacto emocional que

sufre el cuidador, se va agravando y va intensificando sus sentimientos negativos, traduciéndose en sobrecarga y en los casos más graves, en la experimentación de síntomas depresivos que alteran su salud mental y condicionan su calidad de vida global.

Además, de acuerdo con Durán et al. [20] y Kor et al. [27], es necesario que exista la posibilidad de que los cuidadores principales puedan conciliar esta labor con su tiempo personal, que en muchos casos casi no existe, en especial en aquellos casos en los que los cuidadores no disponen de otras actividades o bien las han abandonado para asumir este rol.

Las intervenciones que demuestran tener efectos estadísticamente significativos en el nivel de sobrecarga fueron la de Broekema et al. [21], Durán et al. [20], Kor et al. [27], Lök y Bademli [24], Sánchez et al. [18], Rico et al. [17], Tinoco et al. [19], Toye et al. [25], Viegas et al. [23], Youens et al. [29], Wasmani et al. [26]. Por el contrario, Day et al. [22] y Rodríguez et al. [28] no encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque sí que encuentran beneficios a nivel descriptivo. Lök y Bademli [24] demostraron que la intervención mejoraba los comportamientos saludables de los participantes y Toye et al. [25] encontraron además una reducción en el nivel de angustia experimentada cuando se realizan las tareas de cuidado.

7. Conclusiones

1. Los cuidadores familiares son principalmente mujeres, con edades situadas a partir de los 55 años, que mantienen una relación sentimental o son hija del adulto mayor enfermo y no realizan actividad laboral fuera del entorno familiar.
2. Los factores de riesgo son la falta de conocimiento sobre tareas básicas de cuidado y atención al adulto mayor enfermo, la ausencia de un tiempo personal para poder realizar actividades de autocuidado, la ausencia de redes de apoyo que permitan al cuidador informal sentirse reforzado en el ejercicio de su rol, la prolongación de las necesidades

de atención del paciente y la falta de capacidades emocionales para mantener la salud mental durante el tiempo en el que se ejerce este rol.

3. Los factores de protección son el nivel de conocimientos sobre las necesidades de atención que presenta el adulto mayor al que cuidan, las habilidades sociales y emocionales y el apoyo percibido por el entorno.
4. Las intervenciones son efectivas para reducir los niveles de sobrecarga, además de producir efectos sobre otras variables complementarias, como pueden ser la capacidad del cuidador para ocuparse de su propio autocuidado, mantener un estilo de vida saludable y disfrutar de su tiempo personal para realizar tareas de ocio que le ayuden a conciliar el cuidado con la atención a sus propias necesidades. Mejorar las capacidades de resolución de problemas, incrementar las habilidades para participar en actos de comunicación asertiva y recibir información básica sobre las necesidades de atención que se van a encontrar refuerza la capacidad de los cuidadores para asumir su rol y prevenir la sobrecarga.

Limitaciones

Las limitaciones identificadas en esta revisión son las siguientes: en primer lugar, los tamaños muestrales de las investigaciones son muy limitados y no permiten generalizar los resultados a otros contextos.

En segundo lugar, los programas de intervención tienen una duración muy corta, lo que puede conllevar que, en aquellos casos en los que no se han encontrado resultados estadísticamente significativos, la causa esté relacionada con el limitado periodo de aplicación.

Por último, la tercera limitación residió en la falta de mecanismos disponibles en los sistemas sanitarios para mantener y mejorar los resultados obtenidos con sesiones de refuerzo y programas complementarios que ayuden a los cuidadores principales a satisfacer las necesidades que les puedan surgir durante el ejercicio de estos roles.

Propuestas

Resulta imprescindible seguir desarrollando estudios de investigación con muestras más grandes en los que se apliquen programas de intervención de mayor duración a través de los que conocer la efectividad de estas intervenciones. Además, es necesario divulgar los resultados que se consigan y difundir qué contenidos son los más adecuados para conseguir la máxima eficiencia en los programas de intervención de enfermería dirigidos a cuidadores, de manera que se cuente con guías y protocolos donde se contemplen sus necesidades y cómo cubrirlas, basados en la evidencia científica disponible.

Por último, resaltar la importancia de continuar con la creación de grupos de apoyo para cuidadores donde estos puedan compartir sus dudas y encontrar en otros cuidadores un entorno en el que recibir retroalimentación positiva sobre su labor, brindándose mutuamente el refuerzo emocional que precisan. Aunque una parte de la población implicada y los profesionales directamente relacionados conozcan la existencia de estos grupos y sus múltiples beneficios, sería sumamente valioso contar con una mayor investigación científica y su posterior divulgación que no sólo respalde la efectividad de esta actuación enfermera, sino que también proclame el inmenso valor social y profesional que aporta en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. 2022 [citado 9 de enero de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Matus-López M. Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. Salud Colect [Internet]. 2015 [citado 3 de septiembre de 2022];11(4):485-496. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73143274003>

3. Swartz K, Collins LG. Caregiver Care. *Am Fam Physician* [Internet]. 2019 Jun 1 [citado 3 de septiembre de 2022];99(11):699-706. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31150177/>.
4. Ding TYG, De Roza, JG Chan, CY, Lee et al. Factors associated with family caregiver burden among frail older persons with multimorbidity. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022 [citado 3 de septiembre de 2022]; 22(160). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02858-2>
5. Hidalgo P, Martínez S. Barreras y recursos para cuidar: Un abordaje cualitativo fenomenológico a la realidad del cuidador formal. *Med Paliat.* [Internet]. 2019 [citado 10 de septiembre de 2022]; 26(2), 113-119. doi: 10.20986/medpal.2019.1045/2019
6. Anagnostou D. Nursing interventions improve preparedness, competence, reward and burden of family caregivers in end-of-life care at home. *Evid Based Nurs* [Internet]. 2021 [citado 4 de septiembre de 2022]; 24(1), 18-35. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103141>
7. Del Pino R, Priego E, López C, Orgeta V. Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one.* [Internet] 2021. [citado 8 de octubre de 2022]; 16(3), e0247143. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
8. DePasquale N, Mogle J, Zarit SH, Okechukwu C, Kossek EE, Almeida DM. The Family Time Squeeze: Perceived Family Time Adequacy Buffers Work Strain in Certified Nursing Assistants With Multiple Caregiving Roles. *Gerontologist.* [Internet] 2018. [citado 8 de octubre de 2022]; 58(3), 546-555. doi:10.1093/geront/gnw191
9. Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc.* [Internet] 2010. [citado 8 de octubre de 2022]; 58(12), 2315-2322. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x>
10. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci.* [Internet] 2020. [citado 10 de octubre de 2022]; 7(4), 438-445. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
11. Otto AK, Bischoff LL, Wollesen B. Work-Related Burdens and Requirements for Health Promotion Programs for Nursing Staff in Different Care Settings: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* [Internet] 2019. [citado 29 septiembre de 2022]; 16(19), 3586. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.3390/ijerph16193586>
12. Becqué YN, Rietjens JAC, van Driel AG, van der Heide A, Witkamp E. Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2019. [citado 15 de octubre de 2022]; 97, 28-39. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.011>
13. Hoogendijk EO, Aflalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet* [Internet] 2019. [citado 1 de noviembre de 2022]; 394(10206), 1365-1375. Recuperado a partir de: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
14. Bodoque Y, Soronellas M, Offenhenden M. Igual esto de cuidar es algo que tiene futuro: Trayectorias laborales de hombres extranjeros en los cuidados de larga duración. *AIBR.* 2019;14(2), 299-321. doi: 10.11156/aibr.140207
15. Cordero M, Ferro B, García M, Domínguez J. Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud. *Rev de Ciencias Médicas* [Internet] 2019. [citado 1 de noviembre de 2022]; 23(2), 195-205. Recuperado a partir de: <https://revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3786>
16. Wasilewski MB, Stinson JN, Cameron JI. Web-based health interventions for family caregivers of elderly individuals: A Scoping Review. *Int J Med Inform.* [Internet] 2017. [citado 8 de noviembre de 2022]; 103, 109-138. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.04.009>
17. Rico M, García P, Martín M, López JA, Morey M, Sanz T, et al. the CuidaCare Group. Effectiveness of a home-based nursing support and cognitive restructuring intervention on the quality of life of family caregivers in primary care: A pragmatic cluster-randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2021. [citado el 14 de octubre de 2022]; 120, 103955. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103955>

18. Sánchez RT, Molina EM, Gómez OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid.* [Internet] 2016 [citado el 22 de octubre de 2022]; 7(1), 1171-1184. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000100005
19. Tinoco JM, Puig M, Lluch MT, Roldan J, Moreno MC, Moreno A, Hidalgo MÁ. Effectiveness of the Online “Dialogue Circles” Nursing Intervention to Increase Positive Mental Health and Reduce the Burden of Caregivers of Patients with Complex Chronic Conditions. *Randomized Clinical Trial. Int. J. Environ. Res. Public Health.* [Internet] 2023; 20(1), 644-657. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010644>
20. Duran M, Torres CC, Arboleda LB, Rivera R, Franco S, Santos J. Effectiveness of an Educational Nursing Intervention on Caring Ability and Burden in Family Caregivers of Patients with Chronic Non-Communicable Diseases. *A Preventive Randomized Controlled Clinical Trial. Invest Educ Enferm.* [Internet] 2019. [citado 8 de octubre de 2022]; 37(1), e04. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e04>
21. Broekema S, Paans W, Roodbol PF, Luttk ML Effects of family nursing conversations on families in home health care: A controlled before-and-after study. *J Adv Nurs.* [Internet] 2021; [citado el 13 de noviembre de 2022]; 77(1), 231-243. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1111/jan.14599>
22. Day CB, Bierhals CCBK, Mocellin D, Predebon ML, Santos NO, Dal Pizzol FLF et al. Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE) 1 year effect on the burden of family caregivers for older adults in Brazil: A randomized controlled trial. *Health Soc Care Community.* [Internet] 2021 Jan; 29(1):56-65. doi:10.1111/hsc.13068.
23. Viegas LM, Alexandre A, dos Anjos M. Intervenção de enfermagem no estresse do cuidador familiar do idoso com dependência: estudo piloto. *Rev Baiana enferm.* [Internet] 2018; 32(1)1-19. doi: 10.18471/rbe.v32.25244
24. Lök N, Bademli K. Pilot testing of the First You Should Get Stronger, program among caregivers of older adults with dementia. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet] 2017. [citado el 28 de noviembre de 2022]; 68, 84-89. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.09.006>
25. Toye C, Parsons R, Slatyer S, Aoun SM, Moorin R, Osseiran-Moisson R, Hill KD. Outcomes for family carers of a nurse-delivered hospital discharge intervention for older people (the Further Enabling Care at Home Program): Single blind randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2016. [citado el 22 de octubre de 2022]; 64, 32-41. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.012>
26. Wasmani A, Rahnama M, Abdollahimohammad A, Badakhsh M, Hashemi Z. The Effect of Family-Centered Education on the Care Burden of Family Caregivers of the Elderly with Cancer: A Quasi-Experimental Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet] 2022 [citado el 4 de noviembre de 2022]; 23(3), 1077-1093. doi: 10.31557/APJCP.2022.23.3.1077
27. Kor PPK, Liu JYW, Chien WT. Effects of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of people with dementia: A pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2019; [citado el 4 de noviembre de 2022]; 98, 107-117. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.020>
28. Rodríguez-Gonzalo A, García-Martí C, Ocaña-Colorado A, Micheo BD, José M, Morel-Fernández S. Efficiency of an intensive educational program for informal caregivers of hospitalized, dependent patients: cluster randomized trial. *BMC Nurs* [Internet] 2015; 14(1), 1-12. doi: 10.1186/s12912-015-0055-0
29. Youens D, Parsons R, Toye C, Slatyer S, Aoun S, Hill KD, Moorin R. The cost-effectiveness of a telephone-based intervention to support caregivers of older people discharged from hospital. *BMC Geriatr.* [Internet] 2019; 19(1), 1-11. doi: 10.1186/s12877-019-1085-3