



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Facultad de Ciencias de la Salud



**TRABAJO FIN DE GRADO
GRADO EN ENFERMERÍA
Curso 2018-2019**

**Factores que influyen en la supervivencia de los
pacientes oncológicos y su repercusión en los
cuidados enfermeros**

Autor: Juan Francisco Cerpa Rodríguez

Tutora: Josefa María Ramal López

Las Palmas de Gran Canaria, 1 de junio de 2019

ÍNDICE	Págs.
I. INTRODUCCIÓN _____	1
II. METODOLOGÍA _____	3
III. RESULTADOS _____	6
IV. DISCUSIÓN _____	11
V. CONCLUSIONES _____	16
BIBLIOGRAFÍA _____	18

RESUMEN

El término “Cáncer” refiere un gran grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo del enfermo que las padece y cuyas consecuencias también influyen en su entorno. Las cifras mundiales de enfermedades neoplásicas suben anualmente, aumentando el número de personas diagnosticadas que conviven con los efectos crónicos de la enfermedad y sus tratamientos. La investigación ha favorecido la identificación de muchos factores de riesgo relacionados con el cáncer, pero los profesionales sanitarios intentan verificar si otros factores no abordados hasta el momento influyen en la supervivencia a la enfermedad. Se parte metodológicamente de una revisión bibliográfica que pretende indagar en las publicaciones científicas de los últimos diez años, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión, para identificar estos factores y adecuar los cuidados enfermeros para afrontarlos. Los resultados revelan la escasez de publicaciones que aborden los factores que influyen en la supervivencia al cáncer en su totalidad. Las investigaciones analizadas permiten concluir que un abordaje holístico de los pacientes, una mejora en la comunicación sanitario-paciente y una mayor disponibilidad de redes sociales de apoyo contribuyen en la mejora de la supervivencia a la enfermedad, además de plantear el papel fundamental de la enfermería en la adaptación a la enfermedad y la mejora en la calidad de vida de pacientes con cáncer.

***Palabras clave:** Cáncer, factores, supervivencia, cuidados.*

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer se considera un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células^{1,2}. El término cáncer es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, también denominadas neoplasias o tumores malignos, donde el tumor suele invadir el tejido circundante¹. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis»². Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer^{1,2}.

Los signos y síntomas manifestados en las neoplasias dependen de la región corporal que esté afectada, variando en cada paciente³⁻¹⁰ y muchos de ellos están relacionados con sus respectivos tratamientos^{3,5,6,8,10-13}. Las consecuencias de estas enfermedades no afectan al paciente solamente a nivel físico^{6,8,10}, viéndose afectadas otras áreas del mismo^{3,4,6-10,12,14,15}. Entre los síntomas físicos destacan las náuseas, vómitos, caída de cabello, disfunción orgánica, disfunción sexual o insomnio, entre otros^{4,6,7,11} y la discapacidad es un proceso por el que muchos enfermos de cáncer también tienen que pasar^{3,6}. Los pacientes manifiestan angustia, incertidumbre, depresión o llanto^{3,6,7}. Entre las preocupaciones más significativas que manifiestan los enfermos de cáncer destacan el tener que enfrentarse al miedo^{3,4,6,8,10,13} y al dolor^{3,6,7,9,13,16}. Todo ello determina que las neoplasias generen cambios en el estilo de vida de las personas que las sufren y de su entorno más inmediato⁴, repercutiendo por su gravedad en el proceso de vivir de todos y convirtiéndoles en supervivientes¹⁰.

El término supervivencia deriva del verbo sobrevivir y presenta diversas definiciones dependiendo de la disciplina o del enfoque con el que se aborde^{4,17,18}. Sin embargo, es mucho más que un concepto, llegando a ser una idea genérica que se aplica a todos los diagnosticados con cáncer (independientemente del curso de la enfermedad), siendo entendida como una fase que se inicia en el diagnóstico y que continua hasta el final de la vida^{4,18,19}. Ser un superviviente de cáncer significa vivir “a pesar” o “más allá” de la enfermedad, incluyendo también la convivencia con los efectos colaterales y las secuelas derivadas de las terapias usadas¹⁷. Su definición conlleva complejidad, controversia y polisemia acerca del enfoque, caracterización y definición de lo que consistiría la fase de supervivencia al cáncer¹⁷. La supervivencia al cáncer es una experiencia compleja que puede tener varios significados y sentidos dependiendo del grupo (pacientes, profesionales de la salud y familiares)^{4,17,18}. La actual definición proporcionada por el Instituto Nacional de Cáncer de los EEUU señala que la supervivencia se centra en la salud y la vida del individuo con cáncer, desde la terminación del tratamiento

primario hasta el final de la vida. Todo individuo con cáncer debe ser considerado sobreviviente a partir del diagnóstico de la enfermedad, incluyendo a sus familiares⁴.

Debido a su incidencia, prevalencia y mortalidad, el cáncer se considera una de las enfermedades con mayor relevancia a nivel mundial^{3,11,12,17,19,20}. La estimación de nuevos casos de cáncer en el mundo fue de 14,1 millones en el año 2012¹⁷ y en países como Brasil, alcanzó los 576.000 nuevos diagnósticos en el período entre 2014-2015 y subió a 596.000 en el siguiente año⁴. En España, el cáncer es la segunda causa de muerte, con mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres, dividiéndose que, a lo largo de su vida, un tercio de los hombres y un cuarto de las mujeres de nuestro país serán diagnosticados de cáncer³. Entre las mujeres, las neoplasias ginecológicas se encuentran entre las más comunes^{6,7,12,16,19,20} y son las responsables del 25% de nuevos cánceres en mujeres de hasta 65 años¹², alcanzando cifras alarmantes en diferentes países, así, en EEUU en el año 2014 y en Alemania en el año 2008 sufrieron 232.000 nuevos casos y 40.000 muertes⁶ y 72.000 nuevos casos y 17.200 muertes por la enfermedad²⁰, respectivamente. Existen variantes significativas y factores diferenciales en cuanto a la incidencia, prevalencia y mortalidad de la enfermedad^{5-7,12-16,18-23}, en Australia, el cáncer es la segunda causa de muerte entre la población indígena⁵; las muertes en el continente americano por cáncer colorrectal entre toda la población ocupan la misma posición¹⁵ y baja en EEUU a la tercera posición por el mismo tipo de neoplasias²³; entre las muertes infantiles por enfermedades crónicas en Brasil, el cáncer ocupa el tercer lugar con entre 5.000 y 10.000 nuevos casos cada año⁸. En las dos últimas décadas ha bajado la mortalidad y aumentado la tasa de supervivencia por enfermedades neoplásicas a nivel mundial^{4,22}. EEUU es un país potente a nivel de investigación del cáncer y ha visto aumentar la supervivencia de los pacientes que sufren esta enfermedad, de los 22,4 millones de supervivientes a nivel mundial en el año 2012¹⁷ a los 14,5 millones en el año 2014 en dicho país y estiman una previsión para el año 2024 de 19 millones de supervivientes entre sus fronteras⁴.

Los avances tecnológicos en biomedicina permiten tratar a los pacientes durante más tiempo, aumentando su supervivencia³. La heterogeneidad de cada cáncer y la individualidad de cada paciente dificulta el planteamiento y la aplicación de tratamiento¹². Las opciones de tratamiento pueden variar según la etapa de la enfermedad en que se encuentre el paciente, si presenta comorbilidad o según el subtipo histológico de la neoplasia, entre otros⁴. Los tratamientos neoplásicos más comunes son en general, la radioterapia^{12,13,19,20,22}, la quimioterapia^{12,13,14,20,22}, los diferentes tipos de cirugía^{5,6,9,10,12,16,19,20,22,23}, y la terapia hormonal^{7,19,20,22}.

Los recursos a los que tienen acceso los enfermos de cáncer en la comunidad donde viven marcan sustancialmente la supervivencia de los mismos^{3-19,20,21,23} y mejoran las tasas de supervivencia en los países que los poseen e implementan^{3,5,7,10,15,16,18,20}.

Los supervivientes de cáncer pasan por un proceso, desde las primeras manifestaciones de la enfermedad o el diagnóstico hasta la curación del mismo, en el que manifiestan diferentes identidades (víctima, paciente, persona con cáncer y superviviente)⁴. Algunos sufren una muerte social anticipada¹⁷ y una ruptura en su modo de existir⁸. Sus familiares forman parte activa de la situación, convirtiéndose también en supervivientes^{3,6,8,9,10,22}. Algunos cuidadores manifiestan más preocupación que los mismos pacientes³ y por ello, el abordaje debe hacerse de manera holística e interdisciplinar en enfermos y sus familiares⁸. Una vez superada la enfermedad, los supervivientes viven con incertidumbre y miedo a una posible recidiva y a los efectos tardíos de la enfermedad y su tratamiento^{4,7,8}.

La variabilidad en las percepciones y vivencias de los supervivientes, el diferente impacto que supone el proceso de enfermedad para sus vidas y los posibles determinantes de la supervivencia de los afectados, justifican la necesidad de realizar este trabajo y dar respuesta a los siguientes objetivos:

Objetivo general: Examinar e identificar los factores que influyen en la supervivencia de los pacientes oncológicos y analizar su incorporación en el ámbito de los cuidados enfermeros, a partir de las publicaciones científicas del período 2009-2019.

Objetivos específicos

1. Describir las esferas de la vida afectadas en los pacientes con enfermedad neoplásica.
2. Identificar los factores de riesgo que pudieran estar relacionados con la supervivencia en pacientes oncológicos.
3. Reconocer los métodos de medición de la supervivencia en cáncer más utilizados.
4. Analizar la diversidad de los sistemas de apoyo y recursos de los pacientes oncológicos relacionados con la supervivencia.
5. Recopilar las actuaciones enfermeras en pacientes oncológicos identificando el abordaje específico a tenor de los factores de riesgo.

II. METODOLOGÍA

La metodología utilizada es la revisión bibliográfica narrativa. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, LILACS, CUIDEN Plus, CINAHL y en las bibliotecas

virtuales Cochrane y SciELO. La estrategia de búsqueda a partido de los descriptores o palabras clave “*supervivencia*”, “*cáncer*”, “*cuidados*” y “*Enfermería*” según la terminología de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), así como en inglés “*survival*”, “*cancer*”, “*nursing*” y “*care*” según los Medical Subjects Headings (MeSH). Dichos términos fueron utilizados para la búsqueda en el título, resumen o abstract.

Los criterios de inclusión utilizados fueron estudios tipo revisiones sistemáticas (con o sin meta-análisis), estudios de cohorte, revisiones integrativas, estudios descriptivos transversales, estudios cualitativos y/o revisiones bibliográficas, desarrollados en humanos y publicados en español, inglés o portugués, que se encontraban completos y de libre disposición, publicados entre enero de 2009 y enero de 2019. Se excluyeron los estudios que no trataban directamente sobre enfermedades oncológicas, estudios experimentales con animales, no centrados en la supervivencia, repetidos en otras bases de datos, libros y capítulos de libros electrónicos y artículos que sólo disponían de resumen o no se encontraban liberados y disponibles. La búsqueda y selección de los estudios se efectuó entre noviembre de 2018 y enero de 2019. Los resultados de la búsqueda se exponen en la tabla 1 y el diagrama de flujo en la figura 1.

Base de datos	Nº de artículos encontrados	Nº de artículos seleccionados por seguimiento	Nº de artículos desestimado por contenido	Nº de artículos desestimados por estar duplicados	Total de artículos
CINAHL	31	-	23	-	8
COCHRANE	6	-	5	-	1
CUIDEN PLUS	15	-	10	2	3
LILACS	26	-	21	1	4
PUBMED	23	1	18	2	4
SciELO	2	-	1	-	1
TOTAL	103	1	78	5	21

Tabla 1. Sistemática de búsqueda

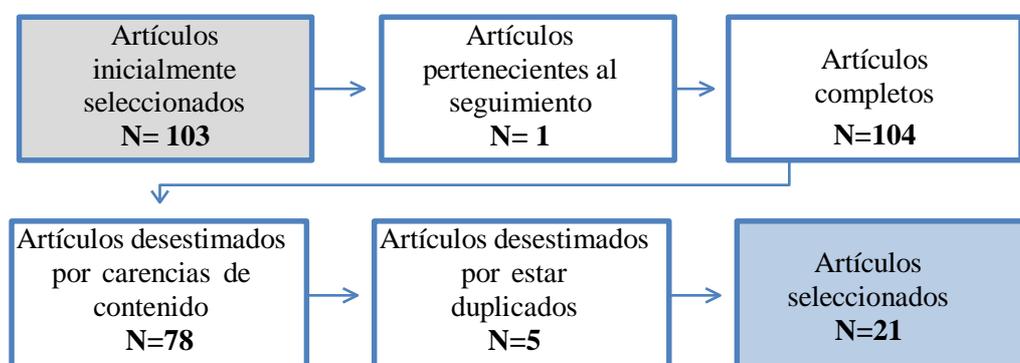


Figura 1: Diagrama de flujo

La calidad de la evidencia de los estudios y sus recomendaciones fueron jerarquizadas con la escala del Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford (tabla 2), dado que permite valorar la evidencia según el área temática o escenario clínico y el tipo de estudio que involucra al problema clínico en cuestión, de acuerdo al mejor diseño para cada escenario clínico²⁴.

GR	NE	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y prevalencia	Estudios económicos y de análisis de decisión
A	1a	RS con homogeneidad de EC con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validados en diferentes poblaciones)	RS de estudios de diagnóstico de alta calidad con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y en diferentes centros clínicos)	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de alta calidad
	1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales, con un seguimiento mayor de 80% de las cohortes y validadas en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico	Estudios de cohortes prospectivas con buen seguimiento	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia. Incluye análisis de sensibilidad
	1c	Todos o ninguna	Series de casos (todos o ninguno)	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Series de casos (todos o ninguno)	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras
B	2a	RS de estudios de cohortes con homogeneidad	RS de estudios de cohortes históricas o de grupos controles no tratados en EC con homogeneidad	RS de estudios de diagnósticos de nivel 2 con homogeneidad	RS con homogeneidad de estudios 2b y mejores	RS con homogeneidad de estudios económicos con nivel mayor a 2
	2b	Estudios de cohortes individuales con seguimiento inferior a 80%. EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricas o seguimiento de controles no tratados en un EC o guía de práctica clínica no validada	Estudios exploratorios que a través de una regresión logística determinan factores significativos y validados con estándar de referencia adecuado (independiente de la prueba diagnóstica)	Estudio individual de cohortes históricas o de seguimiento insuficiente	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia. Incluye análisis de sensibilidad
	2c	Estudios ecológicos o de resultados en salud	Investigación de resultados en salud		Estudios ecológicos	Auditorías o estudios de resultados en salud
	3a	RS de estudios de casos y controles con homogeneidad		RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de pacientes que podría ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población basado en pocas alternativas o costes, datos de mala calidad, pero con análisis de sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad	Series de casos y estudios de cohortes de pronóstico de baja calidad	Estudios de casos y controles con escasos o sin estándares de referencia independientes	Series de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"

Tabla 2: Grados de recomendación y niveles de evidencia de la escala CEBM²⁴.

III. RESULTADOS

AUTORES	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN	RESULTADOS	OBSERVACIONES Y LIMITACIONES
Muniz MR y cols., ¹⁰	2009	A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico.	Estudio cualitativo	5	D	Recogen la percepción de los pacientes sobre la construcción de la experiencia de tener cáncer y diferentes tipos de afrontamiento. Recomiendan seguimiento sanitario desde las primeras señales de la enfermedad.	No se han encontrado limitaciones.
Anders CJ y cols., ⁸	2009	Crianças e adolescentes sobrevivientes ao câncer: desafios e possibilidades.	Artículo reflexivo	5	D	Plantean el papel fundamental de la enfermería en la adaptación y la calidad de vida en pacientes con cáncer.	No describen metodología aplicada.
Meneses JM y cols., ³	2011	La factura del cáncer: Economía y salud de pacientes y familiares.	Revisión bibliográfica	3a	B	Analizan las consecuencias desfavorables del diagnóstico de cáncer en las diferentes áreas de los pacientes.	No se han encontrado limitaciones.
Woo YL et al., ¹²	2012	Centralisation of services for gynaecological cancer (Review).	Metaanálisis	1a	A	Destacan la mayor tasa de supervivencia en neoplasias ginecológicas tratadas en centros especializados. Definen supervivencia y algunos métodos para su análisis.	Todos los estudios se realizaron en países desarrollados (sólo aplicable a los mismos). Un sólo estudio incluyó mujeres con cáncer diferente al de ovario. No pudieron evaluar los efectos adversos por no ser reportados.
Gorey MK et al., ¹⁵	2012	Effects of being uninsured or underinsured and living in extremely poor neighborhoods on colon cancer care and survival in California: historical cohort analysis, 1996-2011.	Metaanálisis	1a	A	Identifican mejores resultados en supervivencia del cáncer de colon en personas con seguros médicos comparado con las que no lo tienen, sobre todo en mujeres. Detallan que los efectos de los seguros en mujeres fueron más notables en los barrios pobres y que los hombres se benefician más del seguro privado	Al ser un estudio que mide la pobreza ecológica puede no ser generalizable a toda la población del país. Información incompleta de los tratamientos ambulatorios.

Villasís KM y cols., ¹¹	2012	Estándares para el otorgamiento óptimo de los cuidados que requieren los pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda y linfoma de Hopking.	Revisión Sistemática	3a	B	Enumeran los elementos necesarios en las unidades de cáncer pediátrico. Destacan, del proceso de atención, la identificación y el tratamiento apropiado, la disponibilidad de protocolos con eficacia probada, la capacitación del personal y la evaluación de los resultados. Asocian la disminución de la mortalidad al aplicar los elementos descritos.	No se encontraron resultados específicos para leucemia linfoblástica aguda o linfoma de Hodgkin por lo que aplicaron los de cualquier tipo de cáncer.
Rosa ML y cols., ¹⁹	2012	Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão	Revisión Integradora	1a	A	Asocian tasas de supervivencia más elevadas en mujeres con estatus socioeconómico elevado y en mujeres con mayor grado de escolaridad y más hijos.	No se han encontrado limitaciones,
Yong JL et al., ²¹	2014	Association between the duration of palliative care service and survival in terminal cancer patients.	Estudio de cohorte descriptivo	1b	A	Sugieren que la derivación temprana a cuidados paliativos y una mayor duración de los mismos después de suspender la quimioterapia, pueden proporcionar beneficios de supervivencia, incluso en la etapa terminal.	Debido a su carácter retrospectivo no pudieron incluir a todos los pacientes del período de estudio. El estudio se realizó en un solo hospital e incluyen variables limitadas de los predictores de supervivencia que podrían influir en los resultados del estudio.
Holleczek B et al., ²⁰	2014	Provision of breast cancer care and survival in Germany – results from a population-based high resolution study from Saarland.	Estudio de Cohorte	1b	A	Revelan niveles altos de adherencia a las guías de práctica clínica (GPC) y aumento de tratamientos sistémicos coadyudantes en relación con la supervivencia. Demuestran un aumento de la mortalidad en pacientes con cáncer tratados de manera incompatible con las GPC.	No se disponía de información de comorbilidad, estatus socioeconómico o acceso a los servicios sanitarios de los enfermos de cáncer. Posible sesgo de pacientes por falta de datos. Algunos estudios usaban muestras pequeñas.
Moore PS et al., ⁵	2014	Survival disparities in Australia: an analysis of patterns of care and comorbidities among indigenous and non-indigenous cancer patients.	Estudio de Cohorte	2a	B	Detallan que los indígenas australianos presentaban una etapa de cáncer más avanzada, mas comorbilidades y recibieron menos tratamiento que los no indígenas. Evidencia que la supervivencia al cáncer fue menor en los pacientes indígenas respecto a los no indígenas.	Aplicado a la población indígena de Queensland con difícil acceso al sistema de salud, puede variar en otros contextos. Sesgo poco probable en pérdida de casos por retrasos con documento identificativo.

Chiang JK et al., ¹⁸	2014	The impact of hospice care on survival and cost saving among patients with liver cancer: a national longitudinal population-based study in Taiwan.	Estudio de Cohorte	2a	B	Identifican que no hubo diferencias significativas respecto a la supervivencia en pacientes con cáncer tratados en hospicio o en otros lugares, pero que los pacientes de hospicio tuvieron menos gastos por paciente y requirieron menos atención sanitaria de alto coste.	Posible sesgo por clasificación errónea (identificación de uso de hospicio, grado de comorbilidad, entre otros). Estudio no aleatorio. Pudiera existir limitación por ser de naturaleza retrospectiva.
Oliveira AR y cols., ⁴	2015	Sobrevivência ao cancer: o desembrulhar dessa realidade.	Artículo de reflexión	5	D	Definen los términos: supervivencia y sobreviviente; destacan factores que influyen en la supervivencia al cáncer.	No describen metodología aplicada.
Means WS et al., ⁶	2016	African American Women: Surviving Breast Cancer Mortality against the Highest Odds.	Estudio cualitativo	5	D	Asocian espiritualidad y apoyo familiar como factores influyentes en el afrontamiento del cáncer.	Estudio realizado con sobrevivientes de cáncer de mama en Tennessee, lo que hace difícil su generalización. Número de participantes reducido. No obtuvieron información sobre el estadio del cáncer al diagnóstico.
Nagaviraj KA et al., ¹³	2016	The association between different opioid doses and the survival of advanced cancer patients receiving palliative care.	Estudio de cohorte retrospectivo	2a	B	Muestran que los análisis de datos no asocian diferentes dosis de opioides con la supervivencia de los pacientes de cáncer. Factores como visitas domiciliarias, diferentes tratamientos, visitas a clínicas de cuidados paliativos, aplicación de escalas validadas, fueron relacionados con mejoras en la supervivencia.	Estudio no aleatorio. No se incluye a todos los opioides en la investigación. Factores subjetivos como la depresión, relacionada con mayores tasas de mortalidad en pacientes con cáncer avanzado, no fueron medidos ni tenidos en cuenta.
Frenkel M et al., ²²	2016	Exceptional patients and communication in cancer care-are we missing another survival factor?	Estudio cualitativo	5	D	Reflejan la relación sanitario-paciente como posible factor asociado a la supervivencia en pacientes que sobreviven más allá de lo esperado por su enfermedad.	Estudio cualitativo que dificulta su generalización.
Silva PC y cols., ¹⁷	2016	Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivencia do paciente oncológico.	Estudio cualitativo con enfoque hermenéutico o dialéctico	5	D	Definen supervivencia y recomiendan el uso de una definición más ampliada. Desmitifican los cuidados paliativos. Proponen el inicio de cuidados paliativos en el diagnóstico.	No se han encontrado limitaciones

Berian RJ et al., ²³	2017	A Systematic Review of Patient Perspectives on Surveillance after Colorectal Cancer Treatment.	Revisión Sistemática	2a	B	Exponen que algunos pacientes de cáncer colorrectal percibieron las visitas rutinarias de seguimiento de manera positiva. Describen la ansiedad, problemas psicosociales y la insatisfacción relacionada con la calidad de vida como percepciones negativas. Los pacientes manifestaron el deseo de continuar el seguimiento por no especialistas (atención primaria y enfermería).	La generalización se hace difícil por la diferencia de sistemas sanitarios y sistemas de pago, algunos sin acceso a atención primaria. Al ser opiniones subjetivas es un desafío su reproducibilidad. Añaden datos cualitativos a la revisión porque de otro modo no estarían representados en este tipo de estudios.
Bluethmann MS et al., ⁷	2017	Deconstructing Decisions to Initiate, Maintain, or Discontinue Adjuvant Endocrine Therapy in Breast Cancer Survivors: A Mixed-Methods Study.	Estudio cualitativo	5	D	Explican que existen problemas con la adherencia al tratamiento con terapia endocrina adyuvante (AET) por los efectos secundarios y por falta de información previa a su uso.	Los datos administrativos no contienen información sobre factores modificables en la adherencia a largo plazo. Se añaden datos cualitativos para interpretar datos cuantitativos que no necesariamente son representativos o generalizables.
Morris M et al., ¹⁶	2017	Do pre-diagnosis primary care consultation patterns explain deprivation-specific differences in net survival among women with breast cancer? An examination of individually-linked data from the UK West Midlands cancer registry, national screening programme and Clinical Practice Research Datalink.	Estudio de Cohorte	1b	A	Identifican tasas de consulta en atención primaria similares en los 18 meses previos al diagnóstico (con o sin sintomatología mamaria). Asocian (4 años después del diagnóstico) menor supervivencia en mujeres desfavorecidas, presentan enfermedad más avanzada al diagnóstico, no hicieron uso de los programas de detección precoz y experimentaron un tiempo más prolongado hasta la primera cirugía, en comparación con las menos desfavorecidas.	Solo incluyeron mujeres de 50 a 70 años.

Schuler SM et al., ¹⁴	2017	Medicare Beneficiaries With Advanced Lung Cancer Experience Diverse Patterns Of Care From Diagnosis To Death.	Estudio de cohorte longitudinal, analítico y observacional	1b	A	Detallan 4 grupos: el más grande con pacientes en su hogar con mayor supervivencia y gasto promedio más bajo; el menor con pacientes en el hospicio con gastos similares al grupo anterior; los pacientes en hospitalización con tiempo de supervivencia más corto y el segundo gasto promedio más alto; Los pacientes en UCI tuvieron el promedio de supervivencia más corto, el mayor gasto promedio y el menos uso de cuidados paliativos.	El estudio se limitó a personas con una forma de cáncer agresivo y podría no ser generalizable. Al recabar los datos de reclamaciones de pago de Medicare, existe población fuera del estudio (Medicaid). No diferenciaron cuidados paliativos de atención curativa en entornos agudos. Datos provenientes de registro de cáncer y no de registros médicos, posible causa de no caracterización de los pacientes.
Ayala CL y cols., ⁹	2017	Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio.	Estudio descriptivo transversal	4	C	Recomiendan uso de cuestionarios validados en la valoración de necesidades de cuidado y abordaje 4 dimensiones: factores psicológicos, sistema de salud e información; factores físicos y vida cotidiana, apoyo y cuidado del paciente y aspectos de la sexualidad del paciente.	Analizan que las necesidades en el factor psicológico están presentes en más del 39% de los participantes (expresan específicamente en estar deprimido (56,65%), temer que la enfermedad se expanda (56,08%), sentir tristeza (55,49%), sentir ansiedad (52,6%). Identifican que la incertidumbre frente al futuro está presente en casi la mitad de los participantes y otras necesidades psicológicas como aprender a controlar la situación, y mantener una actitud positiva, están presentes entre el 41 y un poco menos del 44%.

Tabla 3. Resultados de la búsqueda, niveles de evidencia y grados de recomendación de los estudios seleccionados.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Aplicar los nuevos avances y descubrimientos a los cuidados hacia los pacientes es la meta de toda investigación científica enfermera, por ello es tan necesario examinar e identificar los factores que influyen en la supervivencia de los pacientes oncológicos y analizar su incorporación en el ámbito de los cuidados enfermeros.

En relación con las esferas de la vida afectadas en los pacientes con enfermedad neoplásica, los distintos estudios^{3-6,8-10,12,17,19,21-23} ponen de manifiesto que son diversas las esferas alteradas y que los problemas que padecen no se centran únicamente en la esfera física^{4-6,8-12,15,17,21-23}. Las personas con cáncer sufren problemas físicos^{3,4,6,8-10,12,17,19,21,23} con consecuencias funcionales^{3,6,8,10,19,21}, prolongado e intenso dolor^{3,6}, caída de cabello^{6,8,10}, incontinencia urinaria⁴, pérdida de peso⁶ o cansancio⁸, entre otros, debido a la propia enfermedad^{3,4,6,8-10,12,17,19,21,23} o a los efectos secundarios del tratamiento^{3,4,6,8,12,19}. Existen autores que destacan las continuas amenazas de discapacidad, recurrencia y muerte^{3,19} y señalan en sus investigaciones, la necesidad de una recuperación física en los pacientes neoplásicos con el objetivo de atenuar las incapacidades causadas por la enfermedad y su tratamiento. Otros, coinciden en sus investigaciones al identificar síntomas incapacitantes, limitaciones físicas y alteraciones asociadas a los mismos factores^{4,6,8,10}. Woo et al.,¹² son los únicos que nombran directamente en su investigación la morbilidad quirúrgica y sistémica secundarias a los diferentes tipos de cirugía llevados a cabo en las enfermedades neoplásicas, y del mismo modo, solamente Oliveira y cols.,⁴ incluyen en los síntomas físicos, los relacionados con efectos a largo plazo de la enfermedad y su tratamiento. En cambio, otros autores^{8,22} muestran en sus estudios que existen características individuales en este tipo de pacientes que diferencian los síntomas físicos que padecen y las limitaciones a las que se ven expuestos en el transcurso de su enfermedad.

La esfera psicosocial es otra de las afectadas en los enfermos de cáncer^{3-6,8-10,17,19,21-23} destacando los problemas relacionados con sus familiares^{3,17,6,8,9}, el aislamiento que se produce por la ruptura de los papeles sociales^{3,4,6,8,10,17,19,22}, los diferentes trastornos en la esfera psicológica del paciente^{4,6,8-10,17,19}, cambios en el estilo de vida^{4,6,22,8,10} o en el orden y la naturaleza de las necesidades del enfermo^{4,6,8-10}, miedo o temor a la enfermedad, a la recurrencia de la misma una vez superada o a la muerte^{4,6,8,10} y la necesidad o falta de apoyo^{5,8,21,23}, entre otros. Algunos investigadores^{3,6,8,11,17} revelan la necesidad de realizar un trabajo multidisciplinario con los pacientes y sus familiares. Otros^{3,11}, destacan en sus investigaciones que, en términos generales, los cuidadores manifiestan mayores preocupaciones que los propios

pacientes. Anders y cols.,⁸ definen la enfermedad como “una ruptura del modo de existir del ser humano [...] precisa la reconstrucción de su vida para enfrentar sus repercusiones”. La preocupación sobre lo que pasará con los hijos o familiares de los enfermos, cuando éstos ya no estén, es abordado desde la perspectiva psicosocial en diversas investigaciones^{6,8-10}. Algunos autores^{3,8,9,17,22,23} diferencian el área emocional de la psicosocial, destacando el miedo³, el estrés^{3,17,23}, la incompreensión^{3,22}, la incertidumbre³, la ansiedad^{3,23} y la desesperación³, entre otras emociones, como las experimentadas por los pacientes durante su enfermedad. Además, sólo cuatro estudios^{9,10,19,21} destacan el área espiritual como una de las esferas afectadas en los pacientes neoplásicos.

Por otro lado, otros investigadores^{6,10} identifican afectada el área cultural, tanto para los pacientes, como para su entorno, marcada por el impacto de la enfermedad en la belleza, las relaciones sentimentales, la posibilidad de casarse y tener hijos y las disparidades sociales⁶. La “perspectiva cultural de fatalidad” con respecto al cáncer, las “nuevas construcciones socioculturales” que experimentan los pacientes neoplásicos y las “creencias populares” o “normas de la sociedad” con respecto a este tipo de dolencias, afectan sustancialmente a los pacientes¹⁰. Muniz y cols.,¹⁰ definen al proceso de enfermedad como “un proceso subjetivo, construido por conocimientos, percepciones y prácticas históricamente aprendidas en los contextos socioculturales”.

Por último, la esfera económica también se ve comprometida en el cáncer^{3-6,8,9,12,15,17}, no sólo para los pacientes, familiares y su entorno^{3-6,8,9,15,17} sino también desde el punto de vista de la gestión sanitaria, relacionando un servicio centralizado de atención al cáncer con más rentabilidad y con mejores resultados clínicos experimentados por los pacientes¹². Dentro de los gastos que experimentan los enfermos y sus familiares o cuidadores se destacan los directos^{3,15} (atención hospitalaria o tratamientos, entre otros) que dependerán del tipo de cobertura social que dispongan, los indirectos^{3,15} (como pérdidas de producción por enfermedad o bajos ingresos, entre otros) y los relacionados con la hospitalización y las visitas al hospital (viajes, organización, cuidado familiar o ausencias laborales, entre otros)³. Los enfermos manifiestan miedo a problemas financieros relacionados con los seguros sanitarios y algunos copagos que éstos implican^{4,6}, la falta de transporte⁵, la merma en sus ingresos^{6,9,15}, la venta o refinanciación de sus casas o la necesidad de pedir préstamos a familiares y amigos¹⁵, entre otros. Además, Gorey et al.,¹⁵ señalan que uno de cada diez pacientes sufre denegaciones de coberturas sanitarias por parte de sus seguros.

En cuanto a los factores de riesgo que pudieran estar relacionados con la supervivencia en pacientes oncológicos, la bibliografía consultada³⁻²³ diferencia cuatro tipos de factores vinculados directa o indirectamente con el cáncer y su supervivencia: las características biológicas e individuales de los pacientes^{4-7,10,12-16,21-23}, los hábitos o estilos de vida de los mismos^{5,7,10,12-16,19-22}, los relacionados con el acceso a los servicios sanitarios (influenciado por el estatus socioeconómico del paciente)^{3,5-7,11,12,14,16-23} y los asociados con las áreas psicosocial, geografía, cultural y educativa de enfermos de cáncer^{5-7,10,14,15,19,21-23}.

Los estudios consultados señalan, dentro de las características biológicas e individuales de los pacientes, el sexo^{13,16,18-21}, la edad^{7,12-16,18-21}, la raza o etnia^{6,7,12,14-16,19,20}, la predisposición genética^{10,19,22}, el tipo, diseminación y grado histológico del cáncer que padecen^{4,5,12,13,16,20,21,23} como factores no modificables ni prevenibles. Algunos estudios^{15,14} añaden la existencia y el grado de algún tipo de discapacidad que pudieran padecer los pacientes. Rosa y cols.,¹⁹ identifican en la mujer: la menarquia precoz, la menopausia tardía, el mayor número de hijos, la nuliparidad y el primer parto en edad avanzada como este tipo de factores.

La dieta rica en grasas^{10,19,22}, el sobrepeso o la obesidad^{12,16,19}, la exposición a radiación ionizante o agentes cancerígenos^{10,19}, el consumo de tabaco y alcohol^{10,16} y la ausencia de actividad física o sedentarismo¹⁰ son entre otros, algunos de los factores modificables en los que la enfermería tiene un papel fundamental. Además, algunas investigaciones^{5,7,10,12-14,16,20,21} señalan que la comorbilidad (diabetes, hipertensión arterial, entre otros) que muchos de estos pacientes añaden a su diagnóstico de cáncer, están relacionados con sus estilos de vida.

El acceso a los servicios sanitarios varía dependiendo del país en que se encuentre el paciente^{3,5-7,11,12,14-16,18-20,22,23}, su estatus socioeconómico^{5,6,10,14-16,19,20}, los servicios o recursos disponibles^{3,5-7,11,12,14,15,20} e incluso las diferentes gestiones sanitarias^{5,6,11,12,20} (pública, privada con aseguradoras o totalmente privada). Los países desarrollados destacan por tener potentes avances en diagnóstico y tratamiento del cáncer^{3,5,11,12,18,20} pero no siempre están al alcance de sus ciudadanos. En países subdesarrollados y zonas geográficas empobrecidas existen limitaciones en acceso a servicios de salud^{5,6,11,12,19,20} que conllevan diagnósticos tardíos o en etapas avanzadas de la enfermedad^{7,15,19,20} y un tiempo de espera para someterse a cirugía, acceder a tratamientos o incluso a cuidados paliativos mucho mayor¹⁵. Numerosos autores^{5-7,11,12,20,22} coinciden en la necesidad de especialización y formación del personal sanitario para mejorar las cifras de supervivencia en el cáncer.

Otros factores influyen en la supervivencia de los pacientes. Niveles bajos de escolaridad^{7,10,14,15,19} se relacionan con un peor pronóstico y supervivencia al cáncer. Rosa y

cols.,¹⁹ declaran que las mujeres analfabetas tienen siete veces más riesgo de morir de cáncer de mama que las escolarizadas y que a mayor nivel de educación, mejores resultados de supervivencia en 5 años. Las barreras idiomáticas son otro de los factores que pone en riesgo las vidas de quienes las padecen^{5,14}. Por último, las características psicosociales de los pacientes son señaladas como factores diferenciales en la supervivencia a esta enfermedad^{6,10,22,23}, al igual que el apoyo recibido, ya sea familiar, comunitario, social o sanitario^{5,6,10,15,22}.

En relación con reconocer los métodos de medición de la supervivencia en cáncer más utilizados, Rosa y cols.,¹⁹ exponen que: “los principales parámetros del análisis de la supervivencia se constituyen por la probabilidad de supervivencia en el transcurso de cada intervalo de tiempo considerado y por la probabilidad de supervivencia acumulado. Entonces, el análisis de la supervivencia significa la probabilidad de sobrevivir del tiempo cero hasta el tiempo final considerado”. Aspectos que coinciden con otros autores^{6,15,22}, que utilizan en sus investigaciones la medición de la supervivencia a 5 años, la tasa de supervivencia anual, y las tasas de supervivencia a 6 y a 10 años, respectivamente. Otros autores^{5,8,12,19,23} aportan un nuevo matiz, añadiendo a la medición de la supervivencia la curación de la enfermedad, al usar la supervivencia libre de dolencia¹⁹, supervivencia libre de progresión¹², supervivencia sin cáncer⁵, supervivencia libre de recaída²³ o supervivencia libre de enfermedad⁸.

El cálculo de la supervivencia hasta la muerte por todas las causas es utilizado en algunos estudios^{5,12,14-16,18,23} que engloban y generalizan la supervivencia, sin diferenciar si se debe a la enfermedad o a otros factores. Entre ellos se encuentra a Woo et al.,¹² que utilizan la supervivencia global^{8,10,20}, supervivencia general^{12,23} y supervivencia total^{12,14}, al igual que otros investigadores^{5,8,12,14,16,18,23}. Muchos hacen referencia al mismo tipo de medición de la supervivencia, pero los nombran de diferente manera (supervivencia promedio¹² supervivencia media¹⁸). La supervivencia neta¹⁶ es otro tipo de medición que representa la probabilidad de sobrevivir al cáncer si este fuera la única causa posible de muerte, al igual que la supervivencia específica del cáncer^{5,12} o la supervivencia diferencial específica del cáncer⁵.

El índice de comorbilidad de Charlson (sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto) es usado cuando se formula la hipótesis de que la comorbilidad podría afectar a la supervivencia en el cáncer^{5,12,13,16,18}. Se denomina cáncer terminal a aquellos que presentan un tiempo de supervivencia esperado inferior a 6 meses²¹.

En cuanto a la diversidad de los sistemas de apoyo y recursos de los pacientes oncológicos relacionados con la supervivencia, existen diferencias sustanciales en cuanto a la

supervivencia entre los países que incorporan en sus servicios sanitarios el diagnóstico precoz^{3,4,6,11,12,15-17,19,20,22,23}, el acceso a los diferentes tipos de tratamientos^{3-7,11,12,15,17-22} o a las cirugías recomendadas a cada caso^{4,5,12,15,16,22} en comparación con los que no lo hacen o son de difícil acceso. Estos países implementan los avances tecnológicos en Biomedicina^{3,4,11}, centrando sus esfuerzos en la investigación^{6,11,15,20,23} y la formación de su personal^{4,10,12} para conseguir mejores resultados y una mayor supervivencia en su población. Una cartera de servicios sanitarios amplia en la que se incluyen atención hospitalaria^{3,11,14}, centros especializados en cáncer^{3,11,12,20}, equipos multidisciplinares^{4,11,12,17,23} formados por médicos, enfermeros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos o servicios sociales, entre otros, que basen sus actuaciones en la evidencia y apliquen las guías de práctica clínica^{11,20} forman parte de los recursos disponibles en las localizaciones económicamente más favorecidas. Los diferentes sistemas nacionales de Salud ofrecen una serie de coberturas a sus pacientes^{3,6,10,11,14-18,23} que hacen que la atención al cáncer se diferencie en gran manera, con países que han privatizado algunos de los servicios^{5,14,15,18} influyendo directamente en la supervivencia a esta enfermedad.

Las cifras de supervivencia se ven incrementadas cuando se implementan políticas de Salud^{4,6,10,17} y programas sociales^{9,11,14,17,22,23} y se mejoran la comunicación sanitario-paciente^{5-7,9,17,22,23} y la confianza que estos tienen en el personal sanitario^{5,7,22}. Las redes sociales de apoyo^{6-10,14,22,23} y la importancia de un abordaje holístico^{6,11,17} (físico, social, mental/psicológico, funcional, económico y espiritual) del paciente y su familia^{6-8,10,14} mejoran la adherencia a los tratamientos⁷ y la adaptación a su nueva situación y al afrontamiento de la enfermedad. La disponibilidad, el acceso y el momento de implantación de los servicios de cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes durante su enfermedad y ayuda a un mejor afrontamiento de la misma^{4,8-10,12,14,17,18,21}.

En relación a las actuaciones enfermeras en pacientes oncológicos identificando el abordaje específico de los factores de riesgo, es importante resaltar que la enfermería tiene un papel importante en la elaboración, aplicación y evaluación de los cuidados implementados^{4,7,9,10,19}, basados en todas las esferas de los pacientes y buscando una recuperación física, social, psicológica y espiritual de los mismos^{4,7,9,19}. Del mismo modo y atendiendo a los factores de riesgo identificados, enfermería debe estar involucrada en políticas de salud y educación^{4,7,17,19,23} y que estén basadas en resultados científicos actuales¹⁹. La investigación de calidad, desde la profesión enfermera, se hace necesaria para planificar objetivos concisos^{5,9,12,20-23} adecuados a la realidad de los pacientes^{3,4,17,19,22}. La mayoría de trabajos

investigados subrayan la necesidad de adecuar cada una de las intervenciones sanitarias a conseguir el mayor grado de calidad de vida posible en los pacientes oncológicos^{4,7-10, 12-15,17,19,21,23}. Para ello, algunos autores^{14,17,18,21} recomiendan incluir los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedad neoplásica desde el diagnóstico, que no sólo influyen en su calidad de vida, sino según sus investigaciones, en su supervivencia¹⁷.

La información a los pacientes es otro de los factores destacados en esta revisión, ya que algunos estudios^{3,5,7-9,22} demuestran la necesidad que tienen los pacientes de ser informados en el transcurso de su enfermedad. Moore et al.,⁵ constatan que existen comunidades que encuentran dificultades para acceder a los servicios sanitarios por falta de información y enfermería puede trabajar mucho en esta área, debido a la cercanía con el paciente que le caracteriza^{3-5,8,17,19,22}. En la misma línea Frankel et al.,²² expresan que: “la comunicación puede afectar directamente los síntomas psicológicos del paciente, así como su bienestar físico y emocional”.

Aunque las competencias alcanzadas por el Grado en Enfermería capacitan a estos profesionales para su trabajo en cualquier rama sanitaria, diferentes autores^{4,8,10,11,17,23} recomiendan que el personal de enfermería que trabaja con pacientes oncológicos requiere disponer de una formación específica que les capacite para conocer sus necesidades. Muniz et al.,¹⁰ evidencian “una necesidad de ampliar el foco de atención de los profesionales sanitarios [...], una forma de sobrepasar la dimensión biológica del cuidar”.

V. CONCLUSIONES

En relación al objetivo general planteado, las actuaciones enfermeras requieren estar enfocadas en la prevención de los factores vinculados directa o indirectamente con el cáncer y su supervivencia. La enfermería tiene un papel principal en el abordaje de los factores de riesgo modificables para mejorar la supervivencia y el personal enfermero se encuentra en “primera línea de batalla” en la lucha contra el cáncer.

Relativo a los objetivos específicos se puede concluir que:

1. Las esferas de la vida afectadas en el paciente oncológico implican la física (debido a la propia enfermedad o al tratamiento de elección), la psicosocial o emocional, la espiritual, la cultural y la económica. Las neoplásicas afectan en conjunto a los enfermos y sus familiares.

2. Los factores biológicos de los pacientes, sus hábitos o estilos de vida, sus recursos personales, la posibilidad de acceso a los servicios sanitarios, la calidad de los mismos y los diferentes apoyos con los que cuentan este tipo de enfermos influyen directamente en la supervivencia al cáncer.
3. Los principales métodos para medir la supervivencia en el cáncer se encuentran asociados con el transcurso desde el diagnóstico hasta un tiempo determinado, resaltando la supervivencia a 5 años. Otros métodos destacados son la supervivencia sin enfermedad, la supervivencia promedio y la supervivencia neta.
4. Entre los recursos relacionados con la supervivencia al cáncer destacan el diagnóstico precoz, el acceso a tratamiento, la disponibilidad de equipos multidisciplinares y de cuidados paliativos. El abordaje holístico, la comunicación sanitario-paciente y la disponibilidad de redes sociales de apoyo contribuyen a la mejora de la supervivencia a la enfermedad.
5. Las actuaciones enfermeras deben estar basadas en conseguir una mejor calidad de vida en los pacientes oncológicos. Formar parte activa en todas las fases de los planes de cuidados, participar en políticas de salud y educación, la investigación enfermera de calidad, la formación y especialización de los profesionales en este campo son actuaciones necesarias para mejorar la supervivencia al cáncer. Por último, la enfermería tiene un papel fundamental en informar y formar a los pacientes oncológicos e incluir actividades de diagnóstico precoz como la enseñanza de autoexploración en sus consultas.

Los resultados de esta revisión ponen en evidencia la necesidad de desarrollar estudios que permitan analizar y abordar los factores relacionados con el cáncer de manera simultánea. Se revela la necesidad de apoyo a los supervivientes para mejorar la capacidad de afrontamiento de las personas ante esta enfermedad, lo que redundaría en mejorar su supervivencia y la incorporación desde un enfoque holístico de las intervenciones enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (Internet). Datos y cifras del cáncer. Ginebra: OMS; 2018 (citado 20 ene 2019). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Asociación Española Contra el Cáncer (Internet). Investigación en cáncer. Madrid: AECC; 2019 (citado 22 ene 2019). Disponible en: <https://www.aecc.es/es/investigacion>
3. Meneses JM, Moreno RA. La factura del cáncer: Economía y salud de pacientes y familiares. Paraninfo Digital (Internet). 2011(citado 7 ene 2019); 12. Disponible en: <https://docplayer.es/97591597-Paraninfo-digital-monograficos-de-investigacion-en-salud-issn-ano-v-n-disponible-en.html>
4. Oliveira AR, Araujo SJ, Conceição MV, Zago FM. Sobrevivência ao câncer: o desembrulhar dessa realidade. Cienc. Cuid. Saude (Internet). 2015 (citado 13 ene 2019); 14(4): 1602-1608. Disponible en: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27445/pdf>
5. Moore PS, Green CA, Gray F, Garvey G, Coory M, Martin J, et al. Survival disparities in Australia: an analysis of patterns of care and comorbidities among indigenous and non-indigenous cancer patients. BMC (Internet). 2014 (citado 14 ene 2019); 14:517. Disponible en: <https://bmccancer.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2407-14-517>
6. Measn WS, Rice M, Dapremont J, Davis B, Martin J. African American Women: Surviving Breast Cancer Mortality against the Highest Odds. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2016 (citado 15 ene 2019); 13:6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4730397/>
7. Bluethmann MS, Murphy CC, Tiro AJ, Mollica AM, Vernon WS, Bartholomew KL. Deconstructing decisions to initiate, maintain, or discontinue adjuvant endocrine therapy in breast cancer survivors: A mixed-methods study. Oncol Nurs Forum (Internet). 2017 (citado 23 ene 2019); 44(3):E101-E110. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5507080/>
8. Anders CJ, Souza JA. Crianças e adolescentes sobreviventes ao câncer: desafios e possibilidades. Cienc. Cuid. Saude. (Internet). 2009 (citado 25 ene 2019); 8(1):131-137. Disponible en: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7788/4419>
9. Ayala CL, Sepulveda CG. Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. Enfermería Global (Internet). 2017 (citado 26 ene 2019); 45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000100353
10. Muniz MR, Zago FM. A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. Cienc. Cuid. Saude (Internet). 2009 (citado 29 ene 2019); 8(suplem.):23-30. Disponible en: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9714/5527>
11. Villasis KM, Rendón MM, Escamilla NA. Estándares para el otorgamiento óptimo de los cuidados que requieren los pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda y linfoma de Hodgkin. BMHIM (Internet). 2012 (citado 11 ene 2019); 69(3):164-174. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000300003
12. Woo YL, Kyrgiou M, Bryant A, Everett T, Dickinson HO. Centralisation of services for gynaecological cancer (Review). CDSR (Internet). 2012 (citado 12 ene 2019); 3.

- Disponível em:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007945.pub2/abstract/es>
13. Sathornviriyapong A, Nagaviroj K, Anothaisintawee T. The association between different opioid doses and the survival of advanced cancer patients receiving palliative care. *BMC (Internet)*. 2016 (citado 16 ene 2019); 15:95. Disponível em:
<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12904-016-0169-5>
 14. Schuler SM, Joyce RN, Huskamp AH, Lamont BE, Hatfield AL. Medicare beneficiaries with advanced lung cancer experience diverse patterns of care from diagnosis to death. *Health Aff –Millwood (Internet)*. 2017 (citado 17 ene 2019); 36(7): 1193-1200. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5641368/pdf/nihms909927.pdf>
 15. Gorey MC, Luginaah NI, Holowaty JE, Zou G, Hamm C, Bartfay E, et al. Effects of being uninsured or underinsured and living in extremely poor neighborhoods on colon cancer care and survival in California: historical cohort analysis, 1996-2011. *BMC (Internet)*. 2012 (citado 24 ene 2019); 12:897. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507906/pdf/1471-2458-12-897.pdf>
 16. Morris M, Woods ML, Bhaskaran K, Rachet B. Do pre-diagnosis primary care consultation patterns explain deprivation-specific differences in net survival among women with breast cancer? An examination of individually-linked data from the UK West Midlands cancer registry, national screening programme and Clinical Practice Research Datalink. *BMC (Internet)*. 2017 (citado 18 ene 2019); 17:155. Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5324281/pdf/12885_2017_Article_3129.pdf
 17. Silva PC, Santos CA, Silva PR, Andrade DJ, Almeida ML. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico. *Rev. Braz. Onc. (Internet)*. 2016 (citado 9 ene 2019); 62(3):225-235. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/05-artigo-significado-dos-cuidados-paliativos-para-a-qualidade-da-sobrevivencia-do-paciente-oncologico.pdf
 18. Chiang KJ, Kao HY. The impact of hospice care on survival and cost saving among patients with liver cancer: a national longitudinal population-based study in Taiwan. *Support Care Center (Internet)*. 2015 (citado 20 ene 2019); 23:1049-1055. Disponível em:
https://www.mascc.org/assets/Pain_Center/2015_April/april2015-9.pdf
 19. Rosa ML, Radünz V. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: Estudo da revisão. *Texto Contexto Enferm (Internet)*. 2012 (citado 8 ene de 2019); 21(4):980-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/31.pdf>
 20. Holleczeck B, Brenner H. Provision of breast cancer care and survival in Germany-results from a population-based high resolution study from Saarland. *BMC (Internet)*. 2014 (citado 10 ene 2019); 14:757. Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213502/pdf/12885_2014_Article_4951.pdf
 21. Yong JL, Jung HY, Jung WL, Johi Y, Jeong RR, Whan SC, et al. Association between the duration of palliative care service and survival in terminal cancer patients. *Support Care Cancer (Internet)*. 2015 (citado 19 ene 2019); 23:1057-1062. Disponível em:
https://www.mascc.org/assets/Pain_Center/2015_April/april2015-7.pdf
 22. Frenkel M, Engebretson CJ, Gross S, Peterson EN, Giveon PA, Sapire K, et al. Exceptional patients and communication in cancer care—are we missing another survival factor? *Support Care Cancer (Internet)*. 2016 (citado 21 ene 2019); 24:4249-4255. Disponível em:

<http://www.moshefrenkelmd.com/userfiles/image/Exceptional%20doctors%20and%20survival%205-2016%20published.pdf>

23. Berian RJ, Cuddy A, Francescatti BA, O'Dwyer L, You NY, Volk JR, et al. A Systematic Review of Patient Perspectives on Surveillance after Colorectal Cancer Treatment. *J. Cancer Surviv. (Internet)*. 2017 (citado 22 ene 2019); 11(5):542-552. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28639159>
24. Manterola C, Asenjo LC, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev. Chilena Infectol (Internet)*. 2014 (citado 30 ene 2019); 31(6):705-718. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v31n6/art11.pdf>