

## **PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO, LIDERADO POR LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA CON MENCIÓN EN ONCOLOGÍA**

SUPPORT PROGRAM FOR PEOPLE WITH HEAD AND NECK CANCER, LED BY AN ONCOLOGY ADVANCED PRACTICE NURSE

### **Verónica Araya Ortega**

Enfermera, Magíster de Enfermería de Práctica Avanzada, mención oncología  
Instructora Adjunta. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro Colaborador OPS-OMS para el cuidado en ENT. Fundación Chile Sin Cáncer, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Sótero del Río  
Santiago, Chile  
varayao@uc.cl  
<https://orcid.org/0009-0005-8426-8497>

### **Claudia Alcayaga Rojas**

Enfermera–Matrona, Magíster en Psicología, Dra © en Sociología  
Escuela Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile  
Centro Colaborador OMS-OPS para el desarrollo de servicios de salud y enfermería en ENT  
Santiago, Chile  
caalcaya@uc.cl  
<https://orcid.org/0000-0003-0364-2116>

---

*Artículo recibido el 21 de septiembre de 2023. Aceptado en versión corregida el 14 de diciembre de 2023.*

### **RESUMEN**

Se presenta una propuesta de intervención de enfermería de práctica avanzada (EPA) en oncología. **OBJETIVO:** Implementar un programa de acompañamiento para pacientes con cáncer de cabeza y cuello. **PROPUESTA:** Realizar un levantamiento del proceso y descripción del flujo que debe transitar el paciente oncológico desde la sospecha, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación a cuidados paliativos. En segunda instancia, crear e implementar una consulta de enfermería que pueda responder a las necesidades de atención de salud en forma holística de la persona con diagnóstico oncológico de cáncer de cabeza y cuello, tanto en las personas que se encuentran en fase sospecha y confirmación diagnóstica (consulta de ingreso) y en el proceso de seguimiento del sobreviviente (después de finalizado el tratamiento oncológico), a través de una puesta en marcha escalonada, con períodos de

evaluación en cada uno de ellos. **CONCLUSIONES:** La heterogeneidad de la persona diagnosticada con cáncer de cabeza y cuello representa un desafío y se considera a la EPA un profesional para manejar casos complejos. El camino hacia este nuevo rol será paulatino, y requiere una transición tanto por el equipo de salud, los pacientes y las propias enfermeras dentro del marco legal vigente.

**Palabras clave:** enfermera de practica avanzada, cáncer de cabeza y cuello, enfermería oncológica, sobrevivientes de cáncer, proceso oncológico

## **ABSTRACT**

This paper presents a proposal for an advanced practice nursing intervention (APN) in oncology. **OBJECTIVE:** To implement a support program for patients with head and neck cancer. **PROPOSAL:** To carry out a survey of the process and description of the flow that the oncology patient must go through from suspicion, diagnosis, treatment, follow-up and referral to palliative care. Secondly, to create and implement a nursing consultation that can respond to the health care needs in a holistic manner of the person with an oncological diagnosis of head and neck cancer, both in people who are in the suspicion and diagnostic confirmation phase (admission consultation) and in the follow-up process of the survivor (after the end of oncological treatment), through a staggered implementation, with evaluation periods in each of them. **CONCLUSIONS:** The heterogeneity of the person diagnosed with head and neck cancer represents a challenge and the APN is considered a professional to manage complex cases. The journey towards this new role will be gradual, and requires a transition both by the health team, the patients and the nurses themselves within the current legal framework.

**Keywords:** Advanced practice nurse, head and neck neoplasms, oncology nursing, cancer survivors, oncological process

[https://dx.doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.Num.esp.418-428](https://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.Num.esp.418-428)

## **INTRODUCCIÓN**

Los cánceres de cabeza y cuello corresponden a un grupo heterogéneo de neoplasias del tracto aerodigestivo y su histología más frecuente corresponde al carcinoma de células escamosas (90%)<sup>(1)</sup>. Los factores de riesgo asociados a su ocurrencia son: consumo de alcohol, tabaquismo, deficiente higiene bucal e infección por virus papiloma humano (VPH) en especial en población más joven,

asociado como agente causal específico del cáncer de orofaringe. La edad media de diagnóstico es entre los 50 y 60 años, predominando el género masculino<sup>(1-3)</sup>.

Según datos de Globocan (*The Global Cancer Observatory*) en el año 2020, el cáncer de cabeza y cuello tuvo una incidencia de 932.000 casos y causó 467.000 muertes en el mundo, por lo tanto dista de los cánceres con mayor

prevalencia y mortalidad a nivel mundial. A nivel nacional, de acuerdo a los Registros Poblacionales de Cáncer 2003–2007, la incidencia de cáncer oral y orofaríngeo fue de 3,2 casos nuevos por 100.000 hombres y de 1,2 casos por 100.000 mujeres. Estas neoplasias en conjunto corresponden al 1,51% de los casos nuevos diagnosticados en Chile<sup>(2,19)</sup>.

Respecto al proceso de diagnóstico y tratamiento, las guías clínicas internacionales recomiendan incluir la discusión en equipos multidisciplinario, por ejemplo, para analizar imágenes (escáner, tomografía por emisión de positrones), tratamiento multimodal (cirugía, radioterapia y quimioterapia y sus combinaciones) y un abordaje multidisciplinario en función de las características propias del paciente y el subtipo de cáncer que tiene. Las guías también recomiendan una evaluación por odontología previa y posterior al tratamiento de radioterapia. Por otra parte, se sugiere rehabilitación, soporte nutricional, psicosocial, entre otras especialidades médicas y no médicas<sup>(1,4,5)</sup>.

La evidencia disponible revela la afectación a nivel físico y emocional de las personas, dada la alteración de la imagen corporal secundaria a la enfermedad y tratamiento, lo cual exige al profesional de enfermería brindar cuidados integrales<sup>(5)</sup>.

Esta población presenta además, un riesgo de segundas neoplasias acumulativo del 2-4% por cada año. El riesgo de desarrollar un segundo cáncer de cabeza y cuello, seguido de segundas neoplasias pulmonares y esofágicas podría estar relacionado al tabaquismo y alcohol<sup>(4, 6-8)</sup>.

Respecto al tratamiento y segui-

miento las guías sugieren un equipo multidisciplinario que incluye el rol de enfermera/o especialista, además de sugerir una frecuencia respecto a estas consultas<sup>(3,4,6)</sup>.

### **Planteamiento del problema**

El presente artículo aborda la situación de la persona con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, que es atendida en una red de atención que incorpora una alianza público-privada entre establecimientos de un servicio de salud con una fundación sin fines de lucro. En los hospitales de esta red no se realizan las prestaciones quirúrgicas de esta patología y dados los múltiples actores y escenarios de esta red, se observa fragmentación en la atención, a lo que se agrega que el tratamiento de radioterapia se realiza en centros externos, lo que implica variación en los prestadores que otorgan la atención a lo largo del tiempo.

En relación con los tratamientos multimodales, para el caso de los candidatos a quimioterapia, tienen un proceso de acompañamiento que está organizado y sistematizado, donde cada usuario tiene asignada una enfermera de cabecera. En suma, si un paciente se encuentra en etapa de sospecha, confirmación diagnóstica o si se trata con cirugía, radioterapia o ambas, no cuenta con un programa de acompañamiento, generando una inequidad en el proceso de atención de la persona con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello.

Respecto al rol de enfermería en la situación, algunos autores recomiendan incluir el rol de Gestión de Casos como parte del rol de una enfermera de práctica

avanzada (EPA). La Asociación de Enfermeras de Oncología (ONS) detalla competencias de la EPA ligadas principalmente a la atención clínica de pacientes, a la realización de un diagnóstico y al desarrollo de un plan terapéutico en conjunto con el paciente. Sin embargo, también detalla que una EPA puede dentro de sus competencias realizar gestión de casos o apoyo a la navegación de pacientes, aunque esta labor no es excluyente para otros profesionales de enfermería; en síntesis, el rol EPA no tiene una definición única, sino que puede variar según el país o contexto donde se desarrolla<sup>(15,16,18)</sup>.

Con respecto al paciente, es fundamental identificar su perfil sociodemográfico, el cual puede incluir hábitos desfavorables para la salud que deben ser abordados. Además, puede recibir tratamientos multimodales que causen mutilaciones y secuelas agudas y crónicas tanto corporales como funcionales y de carácter temporal o persistente. Las consecuencias del tratamiento tienen un impacto psicológico que debe ser considerado y un riesgo de suicidio mayor que la población general oncológica<sup>(2,3,6,12)</sup>.

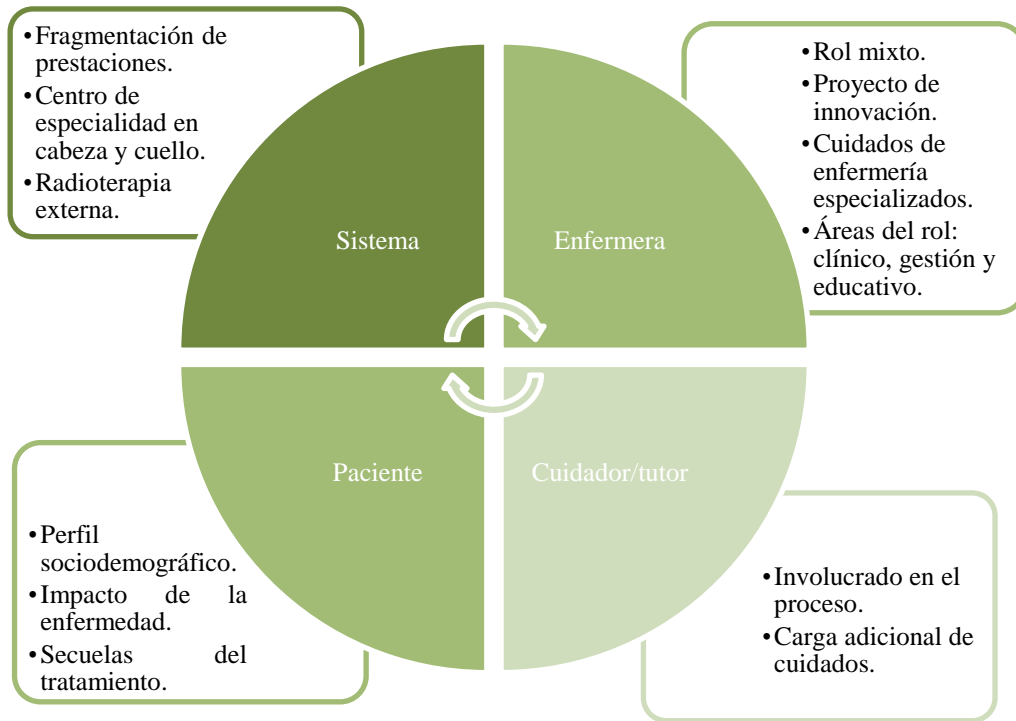
En la experiencia clínica se observa que el rol del cuidador y tutor es fundamental. Tanto desde el punto de vista psicológico, como sostén, como parte del seguimiento en el sobreviviente de cáncer. Además, desde una perspectiva práctica, el cuidador es un aliado con quien trabajar colaborativamente. Desde el punto de vista

administrativo, se ha observado la dualidad de cuidador-tutor ya que pueden ser dos personas distintas, por ejemplo, un cuidador informal como el cónyuge u otro familiar que realiza el cuidado diario del paciente. Asimismo, la evidencia describe que el cuidador-familiar de la persona que tiene una enfermedad crónica presenta una carga adicional de cuidados desde la perspectiva física, social y económica. En el ámbito psicosocial se describen factores que predisponen al cuidador-familiar a experimentar mayor carga, tales como ser mujer, el no haber podido decidir si cuidar o no a la persona a cargo, el vivir con el receptor de cuidados, tener problemas de salud mental y dedicar gran parte de su tiempo y esfuerzo a brindar los cuidados<sup>(17)</sup>.

Al elaborar un mapa con las necesidades y brechas identificadas en el manejo en personas que padecen esta patología atendidos en un hospital público de Santiago de Chile, es posible agrupar en cuatro factores claves en áreas de interés: sistema de salud, enfermera/o, el paciente, el tutor/cuidador<sup>(15-18)</sup> (Figura 1).

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Desarrollar un programa de acompañamiento en los hitos claves del proceso de atención por patología oncológica: sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento del paciente con cáncer de cabeza y cuello y su cuidador/tutor.



**Figura 1.** Análisis de las brechas del sistema. Elaboración propia

## Cuerpo de la estrategia de intervención

### 1. Ruta del paciente

Para la realización del primer objetivo, se identifican las vías de ingreso a la atención de especialidad tales como: urgencia y derivación por interconsulta. Adicionalmente se revisan las guías internacionales de organismos claves como, *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, Sociedad de Oncología Médica Europea (ESMO), *Cancer Council* para establecer los pasos que deben estar presentes en la ruta del paciente oncológico. Estos incluyen: estudio mínimo que debe tener el paciente para el proceso de confirmación diagnóstica, contar con un equipo multidisciplinario para realizar el tratamiento y de apoyo,

tiempos ideales entre las distintas fases<sup>(1, 3)</sup>. Finalmente se revisa la propuesta con los equipos especialistas.

### 2. Consulta de enfermería

Los modelos de atención en la población sobreviviente, destacan la implementación de un modelo de visita compartida y uno de visita independiente (distinguiéndose de visita única y de atención continua). En este proyecto, la prestación de consulta de ingreso de enfermería corresponde a una visita compartida que busca complementar la labor médica y de enfermería en el paciente con diagnóstico o en proceso de confirmación diagnóstica de cáncer de

cabeza y cuello. Para el seguimiento del sobreviviente sería un modelo de visita independiente, donde el profesional evalúa la totalidad de las áreas sugeridas por guías internacionales en su consulta de enfermera de práctica avanzada<sup>(20)</sup>.

La evidencia propone establecer un protocolo de seguimiento con una herramienta semi estructurada que incluya: (1) un resumen del tratamiento y (2) un plan de atención que describe los efectos tardíos y las recomendaciones para las intervenciones y el autocontrol, realizado por EPA y compartido con el profesional de atención primaria<sup>(14)</sup>.

Se sugiere además el auto reporte como estrategia de valoración, incluyendo: memoria, insomnio, fatiga, cansancio o falta de energía, entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies, dificultad para respirar, tos, zumbido en los oídos, boca seca, cambios en la voz, hemorragias nasales, llagas en la boca o la garganta, dolor (general), dificultad para tragar que se pueden medir con la herramienta Reporte Resultados informados por el paciente—Criterios de terminología común para eventos adversos (PRO-CTCAE)<sup>(11, 14)</sup>.

Otro elemento relevante es la calidad de vida, que varía dependiendo del diagnóstico y tratamiento recibido, siendo posible observar cuatro grandes grupos: 1. bienestar funcional: puede variar según la zona anatómica afectada por el cáncer, tipo de tratamiento, por ejemplo, cirugía asociada a disección ganglionar cervical, disfagia posterior a tratamientos de cáncer de orofaringe y cavidad oral; 2. el bienestar físico que puede estar afectado por tratamientos como la radioterapia,

como la boca seca (xerostomía) que aumenta el riesgo de caries, osteonecrosis mandibular, o de hipotiroidismo; 3. bienestar psicológico: los sobrevivientes de cáncer de cabeza y cuello, tienen un mayor riesgo de ansiedad y depresión, 4. bienestar social: se encontró una baja adaptación a nivel familiar, laboral y se mantener las actividades sociales<sup>(10)</sup>.

La consulta de enfermería dirigida a la atención del paciente y su cuidador-familiar, tiene una duración de 45 minutos. Esta podría iniciarse colaborativamente con el equipo médico, para luego hacer la transición a una consulta independiente. Incluye: anamnesis remota y próxima respecto al motivo de consulta actual, evaluar fármacos y su indicación, estado funcional, examen físico, pesquisar necesidades alteradas. Se propone un plan de enfermería que incluye: ajuste de fármacos, derivación a profesionales del equipo multidisciplinario, solicitud de exámenes complementarios, educación respecto al proceso actual, planificar intervenciones, además de agendar un nuevo control según hallazgos.

La consulta de EPA para los pacientes que cáncer de cabeza y cuello que han finalizado su tratamiento oncológico se realizará a partir de la derivación por un especialista del equipo, dado que se requiere que el paciente se encuentre sin recidiva (imagenológica o clínica) y acepte la evaluación de enfermería. Se plantea una duración de 30 minutos y la asistencia del paciente y su cuidador-familiar/tutor. La frecuencia puede ser de períodos intermedios a las fechas definidas con el equipo médico.

Incluye utilizar una herramienta de autoreporte, tal como el PROCTCAE, sumado al termómetro del distress emocional de la NCCN. Ambos instrumentos deberían ser llenados por el paciente previo a cada control y discutidos en el control por EPA, además de actualizar el examen físico y según hallazgos y acuerdos con el paciente y su familia consensuar el plan de seguimiento<sup>(11-13)</sup>.

Con respecto a la implementación de esta propuesta, se plantea un avance del proyecto en fases, que implica mantener el rol de enfermería de navegación o de gestión de casos (para mayor detalle ver figura número 2).

Los productos y resultados esperados de la propuesta son:

1. Flujograma de la ruta del paciente con cáncer de cabeza y cuello en el proceso de atención.

Se plantea un flujograma donde se grafica la ruta del paciente, los hitos importantes y nodos críticos del proceso. Además, permitirá clarificar los períodos de seguimiento para generar un consenso para la atención en este proceso<sup>(9)</sup>.

2. Propuesta de consulta de ingreso de enfermería (paciente y familiar/cuidador).

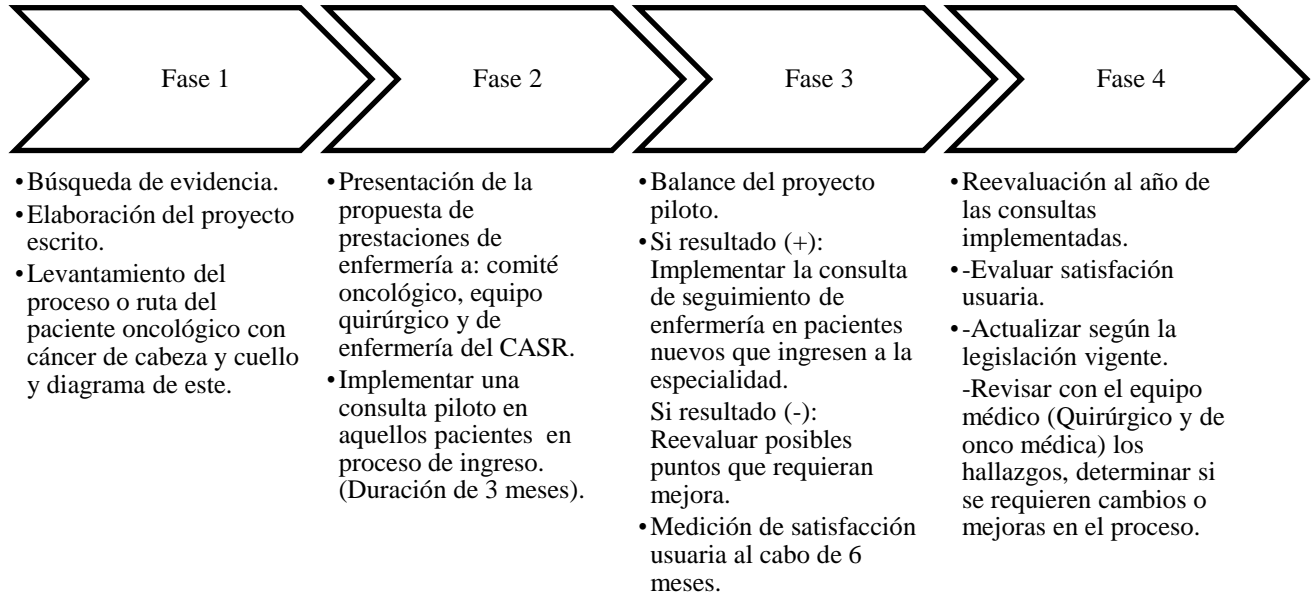
Para la consulta de enfermería se sugiere utilizar el método SOAP el cual se resume en: aspectos subjetivos (lo que

indica el paciente y personas cercanas a él), aspectos objetivos (exámenes de imágenes, laboratorio, examen físico y la observación del profesional), análisis (incluye un resumen de la atención del paciente y los problemas encontrados) para finalizar con un plan de atención en base a los problemas o necesidades identificadas<sup>(22)</sup>.

Incluye además la ejecución de:

- Valoración:
  - Anamnesis próxima: evento actual de salud.
  - Anamnesis remota: antecedentes sociales, nivel educacional, red de apoyo.
  - Medición del distress emocional frente al diagnóstico actual.
- Examen físico:
  - Peso, talla, índice de masa corporal (IMC).
  - Escala de performance status (ECOG).
  - Control de signos vitales.
- Plan de cuidados:
  - Planificar intervenciones según hallazgos. Estas pueden incluir:
    - Educación en salud.
    - Derivación a equipo multidisciplinario según necesidades pesquiasadas.
    - Solicitar exámenes de laboratorio y/o imágenes si no tiene actualizados y son atingentes al caso.

Como indicador para evaluar este resultado se propone conocer el porcentaje de consultas de ingresos de enfermería efectuadas del total de pacientes nuevos con cáncer de cabeza y cuello en un período determinado.



**Figura 2.** Fases de implementación del proyecto. *Elaboración propia.*

3. Propuesta de consulta de enfermería del sobreviviente con cáncer de cabeza y cuello y el cuidador-familiar/tutor:

Es un control adicional al seguimiento estándar actual, en forma más frecuente los primeros tres años, luego cada seis meses en forma permanente, e incluye:

- Valoración:
  - Resumen del tratamiento recibido.
  - Revisión del autoreporte del paciente.
  - Evaluar en forma objetiva y subjetiva secuelas post tratamiento.
  - Chequeo de comorbilidades y compensación
  - Evaluar reinserción social y laboral.
- -Examen físico, signos vitales, peso, talla, IMC.
- Plan de cuidados:
  - Promoción de la salud y educación respecto a estado nutricional, cese de

hábitos desfavorables, evaluar actividad física y riesgo cardiovascular.

- Descartar recurrencia.
- Intervenciones no farmacológicas frente a eventos reportados por el paciente y según hallazgos del control.
- Solicitar exámenes de laboratorio si corresponde: ejemplo pruebas tiroides, parámetros nutricionales, hemograma.
- Confirmar si requiere reevaluaciones por especialidades, tales como reevaluación por odontología post radioterapia, o fonoaudiología ante trastorno de deglución.
- Derivar a la atención primaria de salud, para seguimiento de patologías crónicas.
- Derivación a especialista médico ante observación de recurrencia, complicaciones quirúrgicas.
- Derivar a exámenes de screening según edad y criterios de guías internacionales.

También se propone un indicador de resultados que determine el porcentaje



de pacientes atendidos por esta modalidad del total de pacientes en seguimiento oncológico.

## CONCLUSIONES

La atención de personas diagnosticadas con cáncer de cabeza y cuello representa un desafío y se considera a la EPA como un profesional capacitado para manejar casos complejos, aplicando el rol ampliado, el uso adecuado de los recursos y acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico encargadas por el artículo 113 inciso cuarto<sup>(23)</sup>.

El camino hacia este nuevo rol será paulatino, y requiere una transición tanto por el equipo de salud, los pacientes y las propias enfermeras. Será un trabajo en conjunto del equipo médico y de enfermería, y que como desafíos futuros incluye la actualización del código sanitario además de legislar respecto a los alcances que tendrá la práctica avanzada. Esto permitirá también conocer los resultados que demuestren el alcance que tendrá la EPA y su impacto en la atención de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NCCN. Head and neck cancers [Internet]. 2022. Disponible en: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/head-and-neck.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf)
2. Cárcamo M. Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. *Revista médica Clínica Las Condes*, 2018; 29(4); 388–396. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.009>
3. Ballesteros A. Tumores cabeza y cuello - O.R.L. Seom.org. 2020. Disponible en: <https://seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/104033-tumores-cabeza-y-cuello-orkl?showall=1>
4. Machiels J-P, René Leemans C, Golusinski W, Grau C, Licitra L, Gregoire V, et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx: EHNS-ESMO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* [Internet]. 2020 [citado el 10 de abril de 2022];31(11):1462–75. Disponible en: [https://www.annalsofncology.org/article/S0923-7534\(20\)39949-X/fulltext](https://www.annalsofncology.org/article/S0923-7534(20)39949-X/fulltext)
5. Formigosa JA da S, Costa LS da, Vasconcelos EV. Social representations of patients with head and neck cancer before the alteration of their body image/Representações sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço frente à alteração da imagem corporal. *Rev Pesqui Cuidado é Fundam Online*. 2018;10(1):180-189. Disponible en: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.180-189>
6. NCCN. Head and neck cancers, version 2.2022. 2022 Disponible en: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/head-and-neck.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf)
7. Chuang S-C, Scelo G, Tonita JM, Tamaro S, Jonasson JG, Kliever EV, Hemminki K, Weiderpass E, Pukkala E, Tracey E, Friis S, Pompe-Kirn V, Brewster DH, Martos C, Chia K-S, Boffetta P, Brennan P, Hashibe M. Risk of second primary cancer among

- patients with head and neck cancers: A pooled analysis of 13 cancer registries. *Int J Cancer*. 2008;123(10):2390–2396. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijc.23798>
8. Cohen EEW, LaMonte SJ, Erb NL, Beckman KL, Sadeghi N, Hutcheson KA, Stubblefield MD, Abbott DM, Fisher PS, Stein KD, Lyman GH, Pratt-Chapman ML. American Cancer Society head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline: ACS HNC survivorship care guideline. *CA Cancer J Clin*. 2016;66(3):203–239. Disponible en: <https://doi.org/10.3322/caac.21343>
  9. Cancer Council Victoria and Department of Health Victoria. Optimal care pathway for people with head and neck cancer. 2021. Recuperado el 31 de Julio de 2022 de: [https://www.cancer.org.au/assets/pdf/head-and-neck-cancers-quick-reference-guide#\\_ga=2.67157844.433000133.1657030935-398064481.1657030935e-guide](https://www.cancer.org.au/assets/pdf/head-and-neck-cancers-quick-reference-guide#_ga=2.67157844.433000133.1657030935-398064481.1657030935e-guide)
  10. Maghami E, Ho AS. Multidisciplinary Care of the Head and Neck Cancer Patient. 2018. Disponible en: <https://link-springer-com.pucdechile.idm.oclc.org/book/10.1007/978-3-319-65421-8>
  11. National Cancer Institute. NCI-PRO-CTCAE ® ITEMS-SPANISH. Cancer.gov. (s/f) Recuperado el 8 de agosto de 2022, de [https://healthcaredelivery.cancer.gov/pro-ctcae/pro-ctcae\\_spanish.pdf](https://healthcaredelivery.cancer.gov/pro-ctcae/pro-ctcae_spanish.pdf)
  12. NCCN. Survivorship. version 1.2022. 2022 Disponible en: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/survivorship.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf)
  13. NCCN. Distress management. (2022). Recuperado el 20 de junio de 2022, de [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/distress.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf)
  14. Salz T, McCabe MS, Oeffinger KC, Corcoran S, Vickers AJ, Salner AL, Dornelas E, Schnall R, Raghunathan NJ, Fortier E, Baxi SS. A head and neck cancer intervention for use in survivorship clinics: a protocol for a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud*. 2016;2(1):23. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0061-3>
  15. Coombs LA, Noonan K, Barber FD, Mackey HT, Peterson ME, Turner T, LeFebvre KB. Oncology nurse practitioner competencies. *Clin J Oncol Nurs*. 2020;24(3):296-304. Disponible en: <https://doi-org.pucdechile.idm.oclc.org/10.1188/20.CJON.296-304>
  16. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina II. Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. *Enferm Clín (Engl Ed)*. 2018;29(2):99-106. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.10.003>
  17. Carreño SP, Sánchez-Herrera B, Carrillo GM, Chaparro-Díaz L, Gómez OJ. Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(3):342-349. Disponible en: <https://doi.org/10.1188/20.CJON.296-304>

- <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a08>
18. Baileys K, McMullen L, Lubejko B, Christensen D, Haylock PJ, Rose T, et al. Nurse navigator core competencies. *Clin J Oncol Nurs*. 2018;22(3):272-281. Disponible en: <https://doi.org/10.1188/18.CJON.272-281>
  19. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021. [Internet]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/152-chile-fact-sheets.pdf>
  20. Corcoran S, Dunne M, McCabe MS. The role of advanced practice nurses in cancer survivorship care. *Semin oncol nur*. 2015;31(4):338–347. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2015.08.009>
  21. Twigg JA, Anderson JM, Humphris G, Nixon I, Rogers SN, Kanatas A. Best practice in reducing the suicide risk in head and neck cancer patients: a structured review. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2020;58(9):e6–e15. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.bjoms.2020.06.035>
  22. Azorín M, Aguilar J, Flores B, Aguayo J. Ciclo de mejora del proceso asistencial en una sala de hospitalización de cirugía general. *Cir.Cir*. 2020;88(2):175-184. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/ciru.19001066>
  23. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2018;29(3):270–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300555>