

Volumen 22. Número 1, julio 2020.



**enfermería
oncológica**

www.seeo.org

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

ISSN: 1576-5520 e-ISSN: 2659-2959

Edita:
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
SEEEO

Calle Velázquez, 27, CP 28001, Madrid. España.

Junta directiva de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Presidencia:

Ángeles Peñuelas Saiz

Vicepresidencia:

Nuria Domenech Climent

Secretaría General:

Nieves Gil Gómez

Tesorería:

Juan Manuel Gavala Arjona

Secretaría de Actas:

Isabel Magallón Pedrera

Vocales:

Rosario Cumplido Corbacho, Patricia Beorlegui Murillo,

Julio C. de la Torre Montero.

Secretaría Técnica:

MeetingPharma

CONSEJO DE REDACCIÓN Revista SEEEO:

Ana M^a Palacios Romero

Ainhoa Ulibarri Ochoa

Isabel Magallón Pedrera

Juan Manuel Gavala Arjona

Nieves Gil Gómez

Rosario Cumplido Corbacho

Rosario Moreno Carmona

Virginia Salinas Pérez

Patricia Beorlegui Murillo

Cristina García Vivar

SUBDIRECTORA:

Nuria Doménech Climent

DIRECTOR editor-jefe:

Julio C. de la Torre Montero

Se permite que puedan descargar las obras y compartirlas con otras personas,
siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera
ni se pueden utilizar comercialmente.



www.seeo.org
info@seeo.org
revista@seeo.org

Diseño y Maquetación: Julio de la Torre. Corrección y estilo: Paula Visado, Andrea Pérez

ISSN: 1576-5520 E-ISSN: 2659-2959 Depósito Legal: V-1194-2010.
Indexada en: EBSCO, MIAR, REBIUN, MEDES, CIBERINDEX, DIALNET

Editorial

Coronavirus y Cáncer

Rosario Cumplido Corbacho

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.
Editora de la revista SEEO
Sociedad Española de Enfermería Oncológica

rosariocumplidoc@gmail.com

El miedo es posiblemente la emoción más potente que el ser humano puede experimentar. Definido como "sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario", el miedo viene acompañado de toda una corte de ideas subyacentes y manifestaciones físicas.

Ante el cáncer, la experiencia del miedo siempre está presente y entre las ideas subyacentes podemos encontrar: miedo a morir, miedo a recaer, miedo a sufrir mutilaciones, miedo al dolor, miedo a los efectos secundarios del tratamiento, miedo a no poder atender las responsabilidades laborales y/o familiares...

El sufrimiento asociado a estos miedos es tanto mayor cuanto más importante se percibe la amenaza y cuanto menores se perciben los recursos para afrontarla.

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha generado enormes dosis de miedo no sólo entre los pacientes con cáncer, que claramente se perciben en el grupo de las llamadas "personas de riesgo" o "personas vulnerables", sino también entre los profesionales sanitarios. Nuestros temores tienen dos vertientes: por un lado, los de la población general, a contagiarnos nosotros o a contagiar a nuestras familias (con el sumatorio de la

gravedad que estamos viendo en un número importante de pacientes), y por otro, como profesionales, a contagiar a nuestros pacientes y a no poder permanecer activos cuando más se nos necesita.

Un virus altamente contagioso incluso en personas asintomáticas. Un virus con una transmisión simple, rápida y sibilina, bien por transferencia directa durante la tos o los estornudos o bien por transmisión indirecta de fómites a través de superficies contaminadas. Estas características, junto a la internacionalidad de los viajes en la actualidad, han propiciado la rápida expansión de la pandemia, la cual contaba, a fecha 28 de abril de 2020, con unos datos estremecedores: más de tres millones de contagiados y más de 200.000 fallecidos en el mundo.

Un virus que aún genera grandes incertidumbres sobre cómo se transmite (cuánto tiempo puede vivir en las diferentes superficies, cuánto tiempo puede permanecer en suspensión en el aire), cuánto tiempo permanece la capacidad de infectar en pacientes sintomáticos y asintomáticos, cuál es el mecanismo por el que se producen las complicaciones de la infección, qué tratamientos pueden ayudar, cuánto tiempo persiste la inmunidad en quien la ha padecido y, finalmente, cuándo podremos contar con una vacuna que nos proteja.

Los pacientes con cáncer, como reportan los primeros estudios, pueden tener un mayor riesgo de infección Covid 19. Este riesgo es variable según el tipo de cáncer y el tratamiento al cual está sometido el paciente. Por ejemplo, se ha encontrado una mayor incidencia de Covid 19 en pacientes con cáncer de pulmón y parece lógico que la susceptibilidad también pueda ser diferente en procesos hematológicos malignos, cuyos tratamientos citotóxicos disminuyen las poblaciones de linfocitos, que en pacientes con otros tipos de tumores sólidos. Así mismo, se han hallado mayores incidencias en pacientes sometidos a inmunoterapia².

Esta percepción de vulnerabilidad junto a las grandes incertidumbres existentes en el momento actual genera angustia y sufrimiento en nuestros pacientes.

El sufrimiento es directamente proporcional a la incertidumbre. Tenemos que disminuir la segunda para poder controlar el primero¹.

Las enfermeras oncológicas, acostumbradas a gestionar el miedo en nuestros pacientes, tenemos muchas formas de disminuir su sufrimiento: damos mucha información acerca de lo que puede suceder (restamos incertidumbres) y de cómo puede afrontar o minimizar cada eventualidad (sumamos recursos). Nuestra otra gran herramienta es el apoyo emocional, algo que hasta ahora hemos hecho desde la cercanía.

Esta pandemia de un virus desconocido nos limita a la hora de dar información a nuestros pacientes, sencillamente porque hay que construirla. Será esencial la recogida rigurosa de datos para poder construir evidencia científica acerca de cómo se comporta la infección en el paciente con cáncer. Y esta pandemia, nos limita también para dar el habitual soporte afectivo, pues marca distancia y limitación en el contacto físico, nos impone guantes para los contactos más nimios y nos oculta la sonrisa detrás de una mascarilla. Habrá, pues, que reforzar el contacto a través de la mirada, aprender a sonreír con ella incluso a través de las pantallas protectoras y no perder nuestra más poderosa herramienta para dar apoyo emocional a nuestros pacientes.

Referencias:

1. Bayés Sopena R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
2. The UK Coronavirus Cancer Monitoring Project: protecting patients with cancer in the era of COVID-19. www.thelancet.com/oncology Published online April 15, 2020. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S1473-045\(20\)30230-8](https://doi.org/10.1016/S1473-045(20)30230-8)



¡GRACIAS!

El equipo de ICU MEDICAL quiere agradecer vuestra dedicación al cuidado de los pacientes con COVID-19 y el apoyo para ayudarnos a mantenernos seguros

Colabora

icumedical
human connections

¿Quieres publicar con nosotros?

La Revista ENFERMERÍA ONCOLÓGICA es una revista científica de periodicidad semestral editada como un Open Access Journal por la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, publicada en español y que pretende ser un modelo referente de los Cuidados Oncológicos en el ámbito español e iberoamericano.

Nuestro objetivo es ofrecer un servicio de información y formación al mundo de la oncología de habla hispana, llegando a ser una herramienta eficaz para la actualización y formación continuada de los profesionales y la formación integral de los al las diferentes disciplinas del área de la salud.

La Revista de la SEEO sigue normas estrictas de revisión por pares en su proceso editorial, que garantizan la excelencia y la relevancia de los textos en ella publicados, siendo realmente útiles a la comunidad clínica y científica que esté interesada en el Cuidado del Paciente Oncohematológico.

<https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncolologica/about/submissions>



DOSI-FUSER®

Bomba de infusión elastomérica portátil

SEGURIDAD Y CONFIANZA



Infusión 
SOLUCIÓN GLOBAL



Izasa
Hospital

A Werfen Company

Fabricado por: Leventon SAU - A Werfen Company

Izasa Hospital, S.L.U., Plaza de Europa, 21-23, 08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) | Atención al Cliente Tel. 902 20 30 70 | izasahospital.es

Artículo original

Adaptación y validación cultural del cuestionario II, barreras del paciente adulto con cáncer para el manejo del dolor

Cross- cultural adaptation and validation of patients- related Barriers Questionnaire II to cancer pain management

Blanca N. Ralat Fonseca RN, DNS, Profesor adjunto del Programa Graduado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Rio Piedras, Puerto Rico

Carmen Mabel Arroyo Novoa RN, PhD, Catedrática y directora del Programa Doctoral en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Rio Piedras, Puerto Rico

Correo Electrónico: blanca.ralat@upr.edu o rblancan@yahoo.com

Resumen:

Objetivos: Traducir al español, adaptar y validar para la cultura puertorriqueña el Barriers Questionnaire II (BQ-II) que mide ocho ideas o actitudes del paciente con cáncer hacia el manejo del dolor con terapia farmacológica, y que representan las barreras del paciente para alcanzar alivio.

Material y Método: Se realizó la traducción, adaptación cultural y validación del BQ-II utilizando las seis fases del proceso de Beaton y colegas con 30 participantes con cáncer y dolor mayor de cuatro en la escala numérica, de 21 años o más, para medir la consistencia interna del instrumento traducido.

Resultados: Los participantes reportaron una mediana de edad de 52 (RIQ=16.5) años. La mediana para la intensidad del dolor fue de 7 (RIQ= 2,5) y el 100% de los participantes presentaron dos o más de las ocho barreras. El instrumento mantuvo una alta consistencia interna luego de la traducción y adaptación cultural, con un alfa de Cronbach de 0.85. Este mantuvo los 27 criterios de la versión original en inglés a pesar de reportarse redundancia en algunas de las preguntas.

Conclusión: La versión en español (PR-BQII) retuvo una consistencia interna alta. Al demostrar su confiabilidad para medir las barreras del paciente, la versión adaptada puede ser de utilidad para la investigación del fenómeno en Puerto Rico. El nuevo PR-BQII

demonstró ser instrumento útil para la investigación de este fenómeno en Puerto Rico.

Palabras clave: Dolor, Cáncer, Barreras del Paciente, Manejo del Dolor.

Abstract:

Objectives: This study translated the Barriers Questionnaire II (BQ-II) into Spanish and adapted and validated it to the Puerto Rican culture to be used as a research instrument. The BQ-II measures eight ideas or attitudes of the cancer patient towards pain management with pharmacological therapy, and which represent the patient's barriers to achieve relief.

Materials and Methods: The translation and cultural adaptation of the BQ-II was conducted using Beaton and colleagues' six phases. The instrument was applied to 30 patients aged 21 years and older, with a diagnosis of cancer, and a pain rating greater than four on the numerical scale, to measure the internal consistency of the translated instrument.

Results: Participants had a median age of 52 (RIQ = 16.5) years. The median for pain intensity on the numerical scale was 7 (RIQ = 2.5). The median for the time living with pain was 7 months (RIQ = 21), and 100% of the participants presented two or more of the eight barriers. The instrument maintained a high internal consistency after translation and cultural adaptation, with a Cronbach's alpha of 0.85. It maintained the 27 criteria of the original English version, despite reporting redundancy in some of the questions.

Conclusions: The Spanish version (PR-BQII) maintained its high internal consistency. By demonstrating its reliability to measure the cancer

patient's barriers to managing pain, it is now available for use for the investigation of the phenomenon in Puerto Rico.

Key Words: Pain, Cancer, Attitude Barriers, Cancer Pain Management.

Introducción

El dolor es uno de los síntomas que más prevalece en el paciente con cáncer. ⁽¹⁻²⁾ Según el Instituto Nacional del Cáncer (3) (NCI, por sus siglas en inglés), el 80% de los pacientes americanos con esta enfermedad o historial de cáncer padecen de dolor agudo o crónico. Sin embargo, el manejo del dolor se mantiene subtratado, a pesar de las estrategias establecidas para su alivio en Estados Unidos y otros países. ⁽¹⁾ Esto lo convierte en uno de los problemas más importantes que aqueja a esta población y en un problema de derecho humano, ⁽⁴⁾ regulado por ley en Puerto Rico (PR). ⁽⁵⁾ Las barreras del paciente es una de las causas principales a las que se atribuye el pobre manejo del dolor. ⁽⁶⁾

El dolor se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, descrita en términos de dicho daño”. ^(2,7) Lossignol añade que es un síntoma físico y psicológico, según la percepción de aquel que lo padece. ⁽⁸⁾ Para McCaffrey ⁽⁹⁾ es “aquello que el paciente dice sentir” (p. 95). Argumentando que su subjetividad proviene de experiencias, costumbres y sentimientos del paciente y no solo de su enfermedad.

Las tres definiciones conciben el dolor como un esquema psicológico y mental creado por el propio paciente de acuerdo con sus creencias, costumbres y experiencias particulares con la percepción del daño, en este caso el

cáncer, y a su entorno social y cultural. Por ello reacciona de forma positiva o negativa para fijar las estrategias de manejo del síntoma. ⁽¹⁰⁾ Cuando es negativa, el paciente crea barreras para buscar alivio, produciendo depresión y pobre calidad de vida. ⁽¹¹⁻¹⁵⁾

Esta percepción lo lleva a reaccionar de forma positiva o negativa para establecer las estrategias para manejar el síntoma. ⁽¹⁰⁾ Cuando la estrategia es negativa, el paciente crea barreras para buscar el alivio del dolor, produciendo depresión y pobre calidad de vida en el paciente con cáncer. ^(11, 13-15)

Esto impide el alivio óptimo del dolor, ⁽¹³⁾ estas barreras del paciente con cáncer son parte de las razones más estudiadas para el manejo inadecuado del dolor en muchos países. ^(14,15) Sin embargo, en PR, no han sido estudiadas en los últimos 22 años, lo que hace necesario retomar su investigación. Por esto, se necesitan instrumentos validados, actualizados y confiables para medir el fenómeno, y así asegurar la validez de las conclusiones en la investigación. ⁽¹⁶⁾

En PR, el cáncer ocupa la primera causa de morbilidad y mortalidad. ⁽¹⁷⁾ Aunque carecemos de estadísticas precisas sobre la prevalencia del dolor en nuestros pacientes con cáncer, entendemos que al igual que en Estados Unidos y otros países del mundo ⁽¹⁾, se trata de un problema real en nuestra práctica.

Con este propósito y las debidas autorizaciones de los autores, se realizó el proceso de traducción y adaptación cultural del instrumento The Barriers Questionnaire II (BQ-II- versión revisada en inglés), para medir barreras del paciente en el manejo adecuado del

dolor ⁽¹⁸⁾ y luego se aplicó a 30 personas viviendo con cáncer y dolor para examinar la confiabilidad y validez de contenido de la versión puertorriqueña del BQ-II, siguiendo los pasos establecidos por Beaton, Bombardier, Guillemin y Bosi. ⁽¹⁹⁾

Material y método

El cuestionario para medir barreras del paciente (BQ), fue desarrollado originalmente en inglés por Ward y Hernández ⁽⁶⁾ en 1994 y traducido al español en su versión original por sus autoras. Luego fue revisado por Gunnarsdottir y sus colegas en el 2002, quienes lo llamaron BQ-II revisado. ⁽¹⁸⁾

Este instrumento ha sido traducido y adaptado a varios idiomas en diferentes países como Hong Kong, Taiwán, Israel, Irlanda y Turquía. ^(21, 22) Estas versiones han probado ser efectivas para la medición de estas barreras, manteniendo un alfa de Cronbach mayor de 0.79 en cada traducción. ^(21, 22)

El BQ-II, cuenta con 27 reactivos que se subdividen en cuatro constructos o temas que miden los ocho pensamientos que se consideran barreras del paciente para estar renuente a tomar medicamentos para el alivio o informar que tiene dolor. Estos cuatro constructos son: miedo a efectos fisiológicos, fatalismo, barreras de comunicación y miedo a los efectos dañinos de las drogas. Cada constructo o tema identifica 3 barreras excepto fatalismo que identifica solo una. Las respuestas a los reactivos son medidas con una escala Likert de seis puntos que van de cero (totalmente en desacuerdo) hasta cinco (muy de acuerdo), y se interpreta como: cero no hay barreras y uno o más se considera como barrera.

Cuanto más alto el número, mayor será la intensidad de la barrera.

Proceso de Traducción y Adaptación Cultural

Para la traducción y adaptación del cuestionario se aplicaron las seis fases establecidas por Beaton et al. ⁽¹⁹⁾ siguiendo el rigor establecido en su proceso.

Fase I: Traducción 1 (T1). La traducción fue realizada por dos traductores puertorriqueños con dominio de los idiomas inglés y español. Una traductora certificada sin conocimientos clínicos sobre el tema y la investigadora, con experiencia clínica con pacientes de cáncer. Las dos traducciones al español realizadas independientemente fueron conciliadas por ambos traductores y se llegó a un consenso produciendo la primera versión en español. El reto mayor de esta fase fue alcanzar una traducción adecuada para los términos médicos, de manera que fuera comprensible para el paciente oncológico, por ejemplo: “sistema inmunológico”.

Fase II: Síntesis. El cuestionario original BQII en inglés y la primera versión en español fueron analizados y conciliados por los traductores y la mentora de la investigadora, lo cual permitió llegar a un consenso relacionado al vocabulario difícil de entender o traducir acorde al idioma español en la Isla. Esto dio paso a la segunda versión del PR- BQII.

Fase III: Traducción inversa (T2). La segunda versión del PR- BQII, fue traducida al idioma inglés por dos traductores cuyo idioma natal es el inglés y dominan el español. De acuerdo con Beaton et al. ⁽¹⁹⁾ el propósito de esta fase es verificar que el cuestionario traducido al español refleje el mismo contenido en los ítems que la versión

original. Este proceso demostró que la versión en español del PR- BQII fue comparable con la versión original en inglés por lo que se sometió, entonces, a revisión por un panel de expertos.

Fase IV: Revisión panel de expertos. Un panel de expertos puertorriqueños atendió las equivalencias semántica, idiomática, experiencial, conceptual y de contenido del cuestionario traducido. Se trató de dos hematólogos-oncólogos, tres enfermeras oncólogas, una experta en desarrollo de instrumentos de investigación y una persona con doctorado en filosofía y letras. Estos evaluaron el cuestionario en español con una planilla desarrollada por la investigadora para medir las cualidades mencionadas. La mayor dificultad que encontró el panel fue la traducción de la terminología científica para los términos asociados a los síntomas de la enfermedad, para los cuales no se encontró equivalencia semántica que fuera adecuada a la cultura. Estos términos se tradujeron a base del criterio de uso en la práctica clínica fueron traducidos de acuerdo con la experiencia de su uso en la práctica clínica.

Fase V: Preprueba. Con el consenso del panel, se procedió a la validación y comprensión del contenido y la prueba de confiabilidad Cronbach alpha. Para esto se aplicó el PR-BQII a un grupo de pacientes con cáncer que tenían dolor. Esto con el propósito de medir si la versión en español retuvo las características que pretende medir el cuestionario en inglés. Se diseñó una planilla para que los participantes evaluaran la dificultad que encontraron al llenar el instrumento. Además de un instrumento con datos sociodemográficos para la descripción de los participantes.

Procedimiento para la validación de la versión en español del PR-BQII

Participantes

Se seleccionó una muestra por conveniencia de 30 participantes de ambos sexos, de 21 años o más con diagnóstico de cáncer, recibiendo tratamiento en las clínicas ambulatorias de un hospital del área metropolitana de San Juan. Los participantes debían hablar y leer español y tener o haber tenido dolor en las últimas dos semanas con una intensidad de cuatro o mayor en la escala numérica del dolor. ⁽²²⁾ Fueron excluidas aquellas personas que no podían contestar el cuestionario por su pobre condición física, incomodidad producida por el dolor o los medicamentos que tomaban.

Se obtuvo autorización del Comité para la Protección de los Derechos Humanos del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, (Protocolo: A5570116). Los participantes recibieron una hoja informativa sobre el propósito del estudio y su derecho a participar o retirarse en cualquier momento.

Validación del PR-BQII

El cuestionario se aplicó durante la visita regular a las clínicas de oncología del Hospital Universitario, un hospital supra terciario en el área metropolitana; en una oficina privada en aras de la confidencialidad y privacidad. Las enfermeras y médicos de la clínica refirieron a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, se les explicaron los objetivos del estudio, y consintieron verbalmente, luego de asegurar su participación anónima y confidencial. Luego, se les entregó y explicó el cuestionario, la hoja de evaluación y la hoja de datos sociodemográficos (edad, sexo, estado marital, educación, empleo y plan de seguro de salud). Aquellos que no

sabían o no podían leer o escribir, se les leyeron los documentos y se les asistió. El tiempo para completar los documentos fue cerca de 30 a 40 minutos. Luego de administrado y completado el PR-BQII, los participantes evaluaron la construcción del instrumento en una hoja de preguntas respecto a claridad, tamaño de la letra, relevancia, fraseo y comprensión de las oraciones y cuán fácil fue contestarlo.

Análisis de Datos

Los datos recolectados fueron tabulados y analizados utilizando estadísticas descriptivas y el coeficiente alfa de Cronbach, para medir la consistencia interna y confiabilidad del PR-BQII. Se utilizó el programa IBM SPSS versión 24 (IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Resultados y Discusión

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión (n=30) tenían diferentes diagnósticos de cáncer; el Mieloma Múltiple (33,3%) fue el de más prevalencia. La mayoría fueron varones (n=18, 60%) con una mediana de edad de 52 años (RIQ=17), casados (63,3%) y vivían cerca de la institución de salud donde recibían servicios (66,7%). El 76,7% tenía un grado igual o mayor de escuela superior y el 96,6% tenía seguro médico. La mediana para la intensidad del dolor reportada al momento de la entrevista fue de 7 (RIQ=2,5) en la escala numérica, lo que implica una intensidad severa de dolor. ⁽²³⁾

Los resultados de la evaluación del instrumento reflejaron que era muy largo y había redundancia en las

oraciones; “se tornaba aburrido”, hallazgo consistente con los resultados de otras traducciones.^(18,20,21) El 18,5% de los participantes refirió no entender la escala Likert, por lo que se sugiere utilizar una explicación visual del significado de cada número en la escala para facilitar su comprensión, ya que no se alteró el formato original de la escala. El 80,8 % encontró el fraseo adecuado, cuya frase más difícil fue: “defensas del cuerpo”, que no se eliminó por no encontrarse equivalencia lingüística con el término en inglés. A pesar de la redundancia señalada, se optó por mantener todos los ítems originales en el PR-BQII, y no alterar los cuatro factores establecidos en el cuestionario en inglés. La traducción al español obtuvo un alfa de Cronbach de 0,85 que compara adecuadamente con el 0,79 obtenido en el cuestionario BQ-II en inglés;⁽¹⁸⁾ es decir que la traducción mantuvo la confiabilidad y consistencia interna requerida. Como en estudios previos^(18, 20,21,24), el instrumento es confiable para medir las barreras del paciente con cáncer.

De acuerdo con los resultados, el PR-BQII identificó en la muestra los cuatro grupos de barreras establecidas en el cuestionario en inglés. El 83,4% reflejó miedo a los efectos fisiológicos con una intensidad de 2,2 en la escala Likert, el 30% fatalismo con intensidad de 3,18, el 73,3% barreras en la comunicación con intensidad de 2,0 y el 90% miedo a los efectos dañinos al cuerpo con intensidad de 3,2. Las categorías de las barreras con puntuación más alta en la escala Likert (igual o mayor de 3) fueron fatalismo y miedo a los efectos dañinos; las que más predominaron fueron miedo a los efectos fisiológicos y miedo a los efectos dañinos de las drogas.

Conclusión

Es importante contar con instrumentos en español, para la investigación, que identifiquen las barreras del paciente con cáncer hacia su tratamiento para el dolor. La traducción y adaptación cultural del BQII ofrece una herramienta valiosa para nuestra investigación en el área de oncología. Con ello podremos medir la magnitud del fenómeno, reconocer las ideas o creencias que promueven el manejo inadecuado del dolor y así entender este fenómeno en nuestra cultura. De esta forma podremos encontrar estrategias efectivas para conceder, al paciente y familia, la autonomía necesaria para que puedan desarrollar estrategias positivas para conseguir el alivio adecuado de este síntoma.

El PR-BQII mantuvo su consistencia interna y validez de contenido para medir las barreras del paciente con cáncer sobre el manejo del dolor, a pesar de los retos lingüísticos y culturales. Esto sugiere que la traducción y adaptación cultural al español fue efectiva. El PR-BQII será un instrumento útil para la investigación de este fenómeno en Puerto Rico y en Hispanoamérica.

Agradecimientos

Agradecemos al personal médico y de enfermería por su ayuda en el reclutamiento de los participantes, especialmente la Sra. Irma Santiago y Sra. Diana Miranda. Agradecemos también, a los participantes, quienes ofrecieron su tiempo y su mejor esfuerzo para contestar los instrumentos a pesar de la incomodidad que les producía tener dolor.

Referencias

1. Van den Beuken-van Everdingen, M H., Hochstenbach, LM., Joosten, EA., Tjan-Heijnen, VC., & Janssen, DJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2016; 51(6): 1070-1090. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340
2. American Pain Foundation. Breakthrough cancer pain: Mending the break in the continuum of care. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2011; 25: 252-264. Doi: 10.3109/15360288.2011.599920
3. National Cancer Institute. [Internet]. Cancer Pain (PDQ®) –Health Professional Version originally published by the National Cancer Institute. [Updated on March 6, 2019]. Recuperado de: <http://cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/pain/HealthProfessional>
4. Daher, M. Experience in middle Eastern population: Pain Relief is a human right. *Asian Pacific J Cancer Prev [MECC Supplement].* 2010; 11: 91-95
5. Ley Núm. 275 del 27 de septiembre del 2012, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico para establecer la carta de derechos de los pacientes y sobre vivientes de cáncer. [Internet]. Recuperado de <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2012/lexl2012275.htm>
6. Ward, S. H., & Hernandez L. Patient-related barriers to management of cancer pain in Puerto Rico. *Pain.* 1994; 58: 233-238.
7. International Association for the Study of Pain. Subcommittee of Taxonomy, Classification of Chronic Pain, Pain. Seattle: IASP: 1986.
8. Lossignol, D. Psychological interventions to reduce pain in patients with cancer. *Curr Opin Oncol.* 2013; 25(4), 368-372.
9. McCaffery, M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. Los Angeles: University of California at Los Angeles Students' Store; 1968.
10. Humphreys, J., Lee, K., Carrieri-Kohlman, V., Puntillo, K., Faucett, J., Jason, S., et al. Theory of Symptom Management. In: Smith, M L & Liehr, P. (Eds.). *Middle Range Theory for Nursing.* 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2008. 145-158.
11. Borneman, T., Koczywas, M., Chih-Yi-Sun, V., Piper, BF., Uman, G., & Ferrell, B. Reducing Patients Barriers to Pain and Fatigue Management. *J Pain Symptom Manage.* March 2010; 39(3): 486-500. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.08.007
12. Brennan, F. C., Carr, D., & Cousins, M.J. Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesthesia & Analgesia.* 2007; 105(1): 205-221.
13. Katz, W. & Barkin, R.L.. Dilemmas in chronic/persistent pain management. *DM, Elsevier.* April 2010; 56(4): 233-250. doi:10.1016/j.disamonth.2009.12.006
14. Naveh, PL., Rinati, P., Leshem, R., Freier Dror, Y., & Musgrave, CF. Pain severity, satisfaction with pain management, and patients-related barriers to pain management in patients with cancer in Israel. *ONF.* 2011; 38(4): 305-313.
15. Ward, S., Carlson-Dakes, K., Hughes, SH., Kwekkeboom, KL., Donovan, HS. The Impact on Quality of Life of Patient-Related Barriers to Pain Management. *Res Nurs Health.* 1998; 21: 405-413.
16. Polit, D. & Beck, CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 9th ed. Philadelphia : Lippincot, Williams &Walking; 2012.
17. Agosto-Valentín, K., Asencio-Torres, A., Bernard-Vega, M., García-Vázquez, SE., Millán-Rodríguez, R., Pérez- Alicea, R., et al. *Cáncer en Puerto Rico: 2009-2013.* 2016. [Internet]. Registro Central de Cáncer, Centro Comprensivo de Cáncer, Universidad de Puerto Rico. Recuperado en: <http://www.cccupr.org/wp-content/uploads/2017/02/cancer-general.pdf>
18. Gunnarsdottir, S D., Donovan, HS., Serlin, RC., Voge, C., & Ward, S.E. Patient-related barriers to pain management: The barriers questionnaire II (BQ-II). *Pain;* 2002; 99. 385-396.
19. Beaton, DB., Bombardier, C., Guillemin, F. & Bosi Ferraz, M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine;* 2000; 25(24). 3186-3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014.
20. Gunnarsdottir, S., Serlin RC., & Ward, S. Patients related barriers to pain management: The Icelandic barriers questionnaire II. *J Pain Symptom Manage.* March 2005; 29(3). 273-285. doi:10.1016/j.jpainsymman.2004.06.015
21. Bagcivan, G. T., Tosun, N., Komurcu, S., Akbayrak, N. & Ozet, A. Analysis of patient-related barriers in cancer pain management in Turkish patients. *J Pain*

- Symptom Manage. 2009; 38(5). 727-737.
doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.03.004
22. Jensen, M. The validity and reliability of pain measures in adult with cancer. *Journal of Pain*, 2003; 4(1). 2-21.
23. Serlin, RC., Mendoza, TR., Nakamura, Y., Edwards, KR., & Cleeland, C S. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*. 1995; 61(2). 277-284.
DOI: 10.1016/0304-3959(94)00178-H
24. Boyd-Seale, DW., Wilkie, DJ., Ok Kim, Y., Suarez, ML., Lee, H., Molokie, R., et al. Pain barriers: Psychometrics of a 13-item questionnaire. *Nursing Research*. 2010; 59(2), 93-101.
doi:10.1097/NNR.ob013e3181d1a6de.



Revisión

REVISIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DE LA MUCOSITIS ORAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

EFFECTIVENESS OF NON-PHARMACOLOGICAL MEASURES AIMED AT THE PREVENTION OF ORAL MUCOSITIS IN ONCOLOGICAL PATIENTS: A REVIEW.

Laura Rubio Losada

Hospital Universitario de Álava.

Correo Electrónico: laurig_r@icloud.com

RESUMEN:

La Mucositis oral (MO) es una de las complicaciones más frecuentes y graves entre los pacientes sometidos a tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia. Su impacto como evento adverso (EA) afecta directamente a las necesidades básicas, derivando incluso en la interrupción o retraso del tratamiento oncológico.

Este trabajo de revisión crítica de la literatura pretende analizar la efectividad de diferentes medidas no farmacológicas como alternativa en la prevención de la MO. La metodología llevada a cabo sigue un proceso planificado y estructurado con la pertinente búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos y revistas científicas, tales como: Medline (OVID), Cinhal, Cochrane y Cuiden.

Existen numerosas medidas recogidas en la literatura para abordar la prevención de la MO tales como la crioterapia oral, miel, melaza de morera negra, silimarina, propóleo, polen de palmera datilera, enjuagues de clorhexidina y povidona yodada. La evidencia obtenida resulta inconcluyente, siendo necesario realizar más investigaciones.

Palabras Clave: *Mucositis oral, Prevención primaria, Radioterapia, Quimioterapia, Crioterapia, Miel, Silimarina, Polen de palmera datilera, Propóleo, Enjuagues Bucles, Canela.*



ABSTRACT:

Oral Mucositis (OM) is one of the most frequent and serious complications of patients undergoing radiotherapy and / or chemotherapy treatments. Its impact as an adverse event (AE) directly affects basic needs, even leading to the interruption or delay of cancer treatment.

A bibliographic search has been done in order to analyze the effectiveness of different non-pharmacological measures as an alternative in preventing OM. The methodology carried out follows a planned and structured process with an exhaustive search in several databases and scientific journals, for example: Medline (OVID), Cinhal, Cochrane and Cuiden.

There are numerous measures collected in the literature to prevent OM such as: oral cryotherapy, honey, black mulberry molasses, silymarin, propolis, date palm pollen, chlorhexidine, and povidone-iodine rinses. The evidence obtained is inconclusive, and further research is needed.

Key words: *Oral mucositis/stomatitis, Primary prevention, Radiotherapy, Drug therapy, Cryotherapy, Honey, Silymarin, Pollen, Propolis, mouthwashes, Cinnamomum osmophloeum.*

INTRODUCCIÓN:

El cáncer es una patología de tipo multicausal con diferentes manifestaciones, pronóstico y tratamiento ⁽¹⁾.

Actualmente supone uno de los problemas más graves de salud de la población a nivel mundial. Según datos

de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2012 se desarrollaron 14 millones de nuevos casos y en el 2015 se registraron 8,8 millones de muertes vinculadas al cáncer en todo el mundo ⁽²⁾. En nuestro país, según la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), se estimaron 247.771 nuevos casos de cáncer en el año 2015 ⁽³⁾.

El proceso patológico del cáncer comienza cuando hay una proliferación celular anómala a causa de una mutación en el ADN, evadiendo las señales reguladoras de la división celular ⁽¹⁾.

Los principales factores de riesgo son: los virus y bacterias; agentes físicos; agentes químicos; factores genéticos y familiares; la dieta y obesidad; factores hormonales exógenos, endógenos; la inmunosupresión ante trasplantes de órganos y las enfermedades autoinmunes ^(1,4).

Entre los recursos terapéuticos más utilizados se encuentran: la cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea o las nuevas terapias biológicas, dependiendo del tipo de lesión y su estadificación ^(1,4).

Más del 50% de los pacientes con cáncer se trata en algún momento de la enfermedad con radioterapia sola o con quimioterapia, sobre todo en aquellos tumores localizados en cabeza y cuello ^(4,5). Esta terapia se basa en la radiación de rayos X y Gamma que altera la molécula de ADN de las células, causando su muerte, siendo los tejidos más sensibles aquellos de rápida división celular ^(1,6). La dosis a administrar es aquella que erradicando las células cancerígenas conserva en su mayoría el tejido sano circundante ⁽⁶⁾.

Otra de las terapias más utilizadas en el tratamiento contra el cáncer es la quimioterapia, la administración de

fármacos antineoplásicos en ciclos periódicos con el fin de destruir las células tumorales interfiriendo en las funciones celulares ^(1,7). Su acción terapéutica limita el tamaño del tumor, provoca la muerte celular por apoptosis e inhibe la mitosis y la proliferación celular ^(1,7). Dependiendo del momento de su administración, la quimioterapia se clasifica en: neoadyuvante, previa a la cirugía o radioterapia; adyuvante, destrucción de células tumorales restantes y por último, la concomitante, que se administra simultáneamente a la radioterapia, para potenciar su acción terapéutica ^(4,7).

Según la OMS, todo incidente que produce daño a un paciente, debe considerarse EA ⁽⁹⁾. La MO como EA, es una de las complicaciones más graves y frecuentes causada por el efecto de la radioterapia y la quimioterapia.

La cavidad bucal es la primera zona afectada, ya que las células de su mucosa tienen una alta tasa de proliferación celular, es decir, se renuevan cada 7-14 días, en un proceso de replicación de ADN ⁽⁹⁾. La MO es un proceso inflamatorio de las membranas mucosas que revisten la cavidad oral debido a los efectos de la radiación y los agentes antineoplásicos que alteran el proceso de mitosis de esas células, disminuyendo la habilidad de regeneración del epitelio basal, provocando una atrofia de la mucosa, dañando el colágeno y dando lugar a ulceraciones ⁽⁹⁻¹¹⁾. Las áreas más afectadas de la cavidad bucal, son las superficies no queratinizadas: mucosa bucal y labial, paladar blando y la lengua ⁽⁹⁾.

Existen numerosos factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la MO, entre ellos, los relacionados con el propio paciente y sus patologías o con

las características propias de la administración de agentes antineoplásicos y/o radioterapia ⁽¹¹⁻¹³⁾.

En relación a los atribuidos al paciente y sus patologías destacan aspectos tales como la edad, género, estado nutricional, higiene oral, función salivar, factores genéticos, tabaquismo, alcoholismo, Psoriasis, Enfermedad de Addison y Diabetes Mellitus ⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Los factores de riesgo específicos de la quimioterapia que favorecen el desarrollo de MO, están claramente determinados por la toxicidad de los agentes antineoplásicos, entre los que destacan los antibióticos antitumorales, agentes alquilantes y antimetabolitos; así como su forma de administración y periodicidad ⁽¹²⁾. La incidencia relacionada con este tipo de tratamiento es de aproximadamente un 40%-70% y puede ascender a un 90% si los agentes antineoplásicos utilizados son el 5-fluorouracilo (5-FU) o el cisplatino ⁽¹⁵⁾.

La dosis total, volumen, fracción y tiempo de tratamiento asociado a la radioterapia, en especial la administrada en pacientes con tumores de cabeza y cuello, son los principales factores de riesgo para la aparición de MO, por lo que al menos un 85-90% de los pacientes tratados con radiación desarrollará algún grado ^(11,13). Su severidad aumenta en aquellos pacientes tratados al mismo tiempo con ambas terapias, llegando a una incidencia del 95% ^(16,17).

La MO ocurre como consecuencia de dos mecanismos principales: la toxicidad directa debido al tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia y la mielosupresión causada por ambas terapias ⁽¹⁸⁾. Este EA aparece de 7 a 14 días después del inicio del tratamiento con quimioterapia y a las 2 o 3 semanas de iniciar la radioterapia ^(13,19).

El proceso fisiopatológico de la MO se divide en 4 fases: inflamatoria-vascular, epitelial, ulcerativa y de cicatrización (9,15,18).

Durante la primera fase inflamatoria-vascular, se liberan citoquinas pro-inflamatorias que causan una lesión tisular (18). En la fase epitelial, se inhibe la división de las células del epitelio basal, lo

que lleva a una reducción de la capacidad de renovación de tejido (18). Más tarde, ocurre una rotura del epitelio formándose exudado fibroso que favorece la aparición de pseudomembranas y úlceras proclives a la colonización de bacterias, siendo la fase que más se agudiza en aquellos pacientes con mielosupresión (18,20). Y por último, la fase de cicatrización, cuya duración depende de la extensión de las lesiones y su profundidad, está caracterizada por la proliferación de las células epiteliales y el restablecimiento inmunológico del paciente (9,18).

La MO afecta directamente a la calidad de vida de los pacientes oncológicos, causando dolor, infecciones, problemas en la ingesta de alimentos, dificultades en el habla y en los casos más graves, requiere la interrupción o retraso en la administración de la terapia antineoplásica (15,21).

La alteración de la mucosa y la aparición de lesiones ulcerativas se asocia directamente con el dolor y el uso de opioides para su paliación, con los

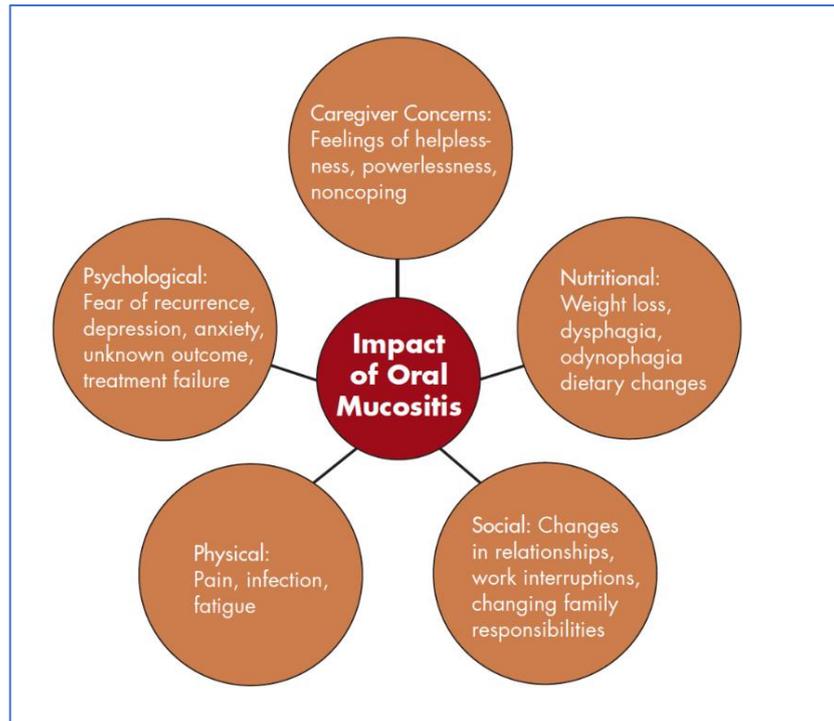


FIGURA 1: IMPACTO DE LA MUCOSITIS ORAL. Obtenido de: Haas ML. Oral Mucositis in Radiation/Chemotherapy: Treatment Similarities. *Oncol Nurs Ed.* 2009;23(8):23-7

consiguientes efectos secundarios derivados de su uso, tales como la

sequedad bucal y el estreñimiento (10,19). El dolor dificulta la ingesta de alimentos, siendo necesaria la administración de nutrición parenteral y sueroterapia continua (15,19). La fase ulcerativa de la MO es la más proclive a la colonización de microorganismos tales como Virus del Herpes Simple o la Cándida Albicans (15,19).

El impacto de la MO sobre los pacientes oncológicos tiene una clara repercusión en aspectos psicológicos y sociales, tales como: incertidumbre ante la efectividad del tratamiento, ansiedad, depresión, cambios en las relaciones sociales, alteraciones del rol familiar y de trabajo (17) (Figura 1).

En definitiva, una revisión bibliográfica que tenga como objetivo analizar si ciertas medidas no farmacológicas son efectivas en la prevención de la MO, ayudaría a generar conocimiento científico sobre el impacto de este EA, convirtiéndose en una herramienta útil para favorecer el autocuidado de los pacientes oncológicos.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Analizar la efectividad de diferentes medidas no farmacológicas tales como la crioterapia oral, terapias naturales y enjuagues bucales, dirigidas a la prevención de la MO en pacientes oncológicos sometidos a tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia.

MÉTODO:

Para dar respuesta al objetivo, se ha realizado un diseño cercano a una revisión crítica de la literatura. En primer lugar, se desglosó el objetivo del estudio en conceptos básicos, de manera que cada palabra reflejase el objeto de estudio. A partir de dichos términos, se identificaron una serie de sinónimos y su correspondiente traducción al inglés para lograr las palabras claves de cada una de las bases de datos.

Mediante la combinación de 10 palabras clave, se fueron afinando diferentes ecuaciones de búsqueda para dar respuesta al objetivo. Dichas ecuaciones fueron reformuladas o limitadas cuando se consideró preciso. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre octubre del 2017 y marzo del 2018, y las bases de datos consultadas fueron Medline (OVID), Cinhal, Cochrane y Cuiden, además de varias búsquedas manuales.

Los criterios de inclusión fueron: (1) estudios de investigación empíricos

publicados en revistas y bases de datos científicas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica, a texto completo; (2) pacientes oncológicos > 18 años en tratamiento con Radioterapia y/o Quimioterapia; (3) publicaciones desde enero del 2003 a marzo de 2018; (4) artículos en español, inglés y portugués. Los criterios de exclusión fueron: (1) artículos de opinión, cartas al editor, literatura gris, tesis doctorales, actas de conferencia, ensayos clínicos sin finalizar; (2) pacientes sometidos a trasplante de médula ósea, pediátricos o animales; (3) publicaciones anteriores a enero de 2003.

En total, se encontraron 330 resultados en bases de datos y organizaciones basadas en la evidencia, que fueron sometidos a un proceso de selección que ha quedado plasmado en un diagrama de flujo (Figura 2).

En la primera fase, se clasificaron según título y abstract, y se excluyeron 286 resultados por no responder al objetivo general, criterios de inclusión (idioma, población, fecha) o estar repetidos en las diferentes bases de datos. Finalmente se seleccionaron 44 artículos que pasaron a una segunda fase de lectura completa, a los que se añadieron otros 2 hallados en diferentes búsquedas manuales tales como google académico y revistas de acceso a texto completo.

En la tercera fase el proceso de análisis crítico de la literatura se realizó mediante las parrillas “Guión de Lectura Crítica de Estudios de Investigación Cuantitativa” (Anexo 1).

El análisis de los 16 artículos definitivos se dividió en dos etapas. Durante la etapa de lectura completa, se realizó un preanálisis para obtener una idea general de los temas expuestos en cada artículo. Seguidamente se realizó una

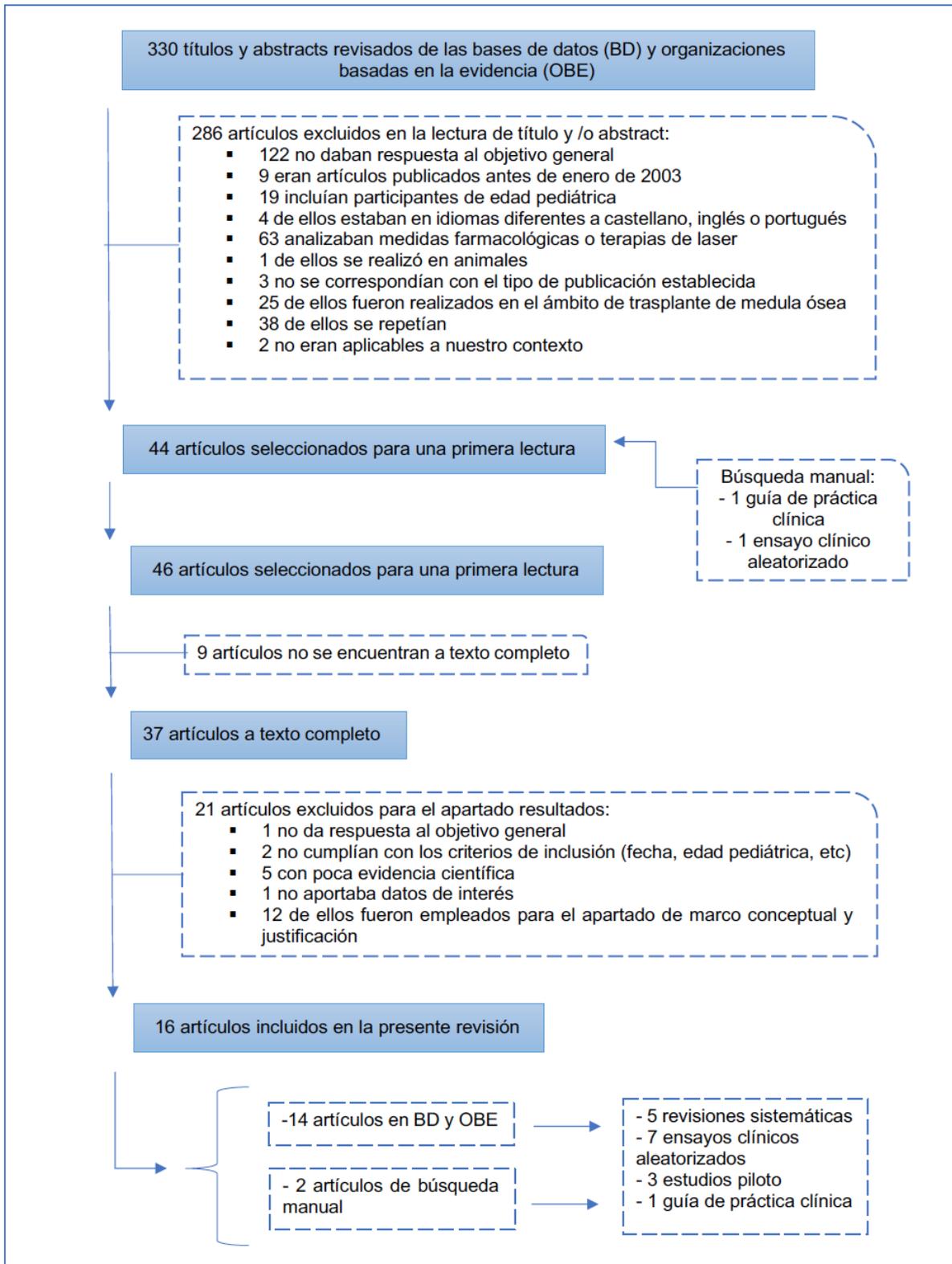


FIGURA 2: DIAGRAMA DE FLUJO DE SELECCIÓN DE LA LITERATURA.

tabla resumen en la cual se plasmaron los datos más significativos de la bibliografía consultada. Finalmente, se categorizó la información tratada en los

artículos, elaborándose un árbol categorial con el fin de identificar las temáticas emergentes (Figura 4).

Tras este proceso de estructuración y agrupación organizada de la información aportada en los diferentes artículos seleccionados, se procedió a realizar la interpretación de los datos.

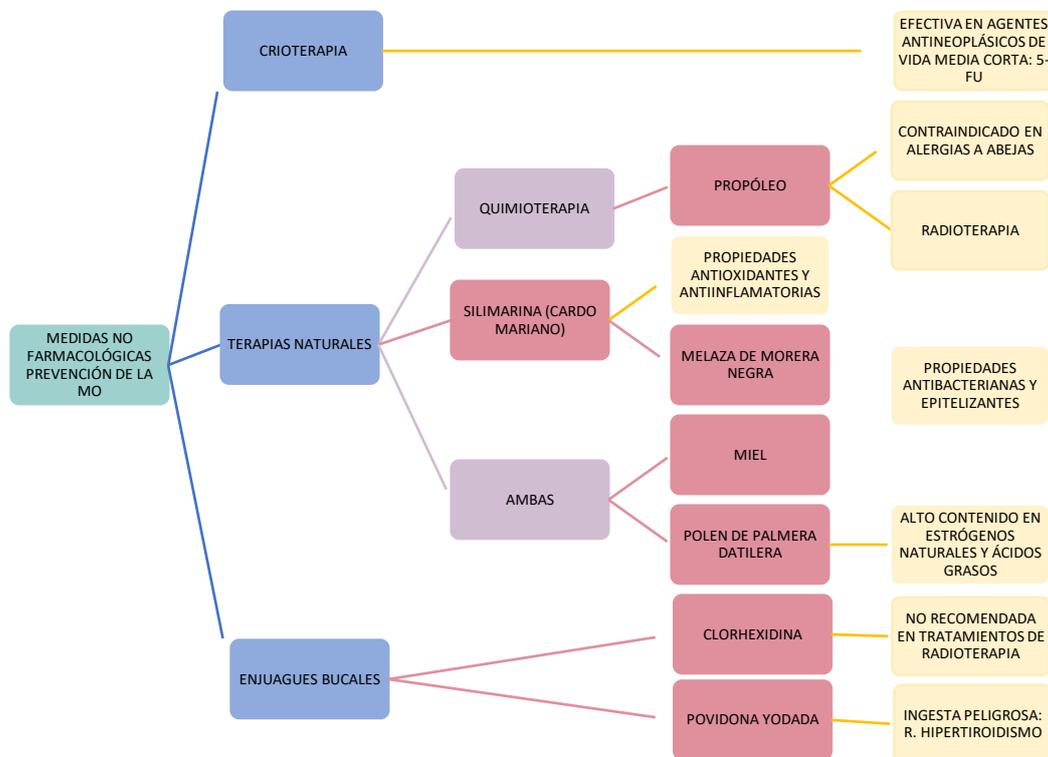


FIGURA 4: ÁRBOL CATEGORIAL

RESULTADOS:

Crioterapia oral

La crioterapia consiste en la aplicación de cubitos de hielo en la mucosa oral (22,23). El enfriamiento de la mucosa provoca una vasoconstricción local, disminuyendo el flujo sanguíneo y a su vez, las cantidades de fármaco antineoplásico depositadas en las células de la mucosa bucal, reduciendo la exposición de la zona a la quimioterapia (22,24-26).

El estudio experimental aleatorizado de Katranci et al. (23), realizado en pacientes en tratamiento con 5-FU más leucovorina, evaluó el grado de MO a los 7,14 y 21 días del inicio de la quimioterapia (23). La crioterapia oral se administró al grupo experimental durante un total de 30 minutos, distribuidos de la siguiente manera: 5 minutos antes del tratamiento, durante y 15 minutos después, basándose en la vida media del 5-FU (23).

Este estudio mostró los siguientes resultados: 7º día: El 83,4% de los pacientes en grupo experimento presentó MO grado 0, el 13,3% grado 1, el 3,3% grado 2 y ninguno presentó MO grados 3 o 4, por lo que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimento y el control ($p < 0,05$)⁽²³⁾. En el 14º día: El 60% de los pacientes en grupo experimento presentó grado 0 de MO, el 23,3% grado 1, el 13,3% grado 2, el 3,3% grado 3, ninguno presentó grado 4 de MO⁽²³⁾. Sin embargo, no se obtuvieron datos estadísticamente significativos ($p > 0,05$) entre los dos grupos en el 21º día, ya que un 20% desarrolló MO grado 1 y no hubo ningún caso de grado 4⁽²³⁾. Por lo tanto, el estudio mostró una incidencia y grado de MO menor en el grupo experimento, comparados con los registrados en el grupo control⁽²³⁾.

Otro estudio llevado a cabo por Papadeas et al., con pacientes con el mismo tratamiento quimioterápico que el estudio anterior, administró al grupo experimento crioterapia oral 5 minutos antes, durante y hasta 30 minutos después de la quimioterapia⁽²⁷⁾. El que el porcentaje de pacientes que no desarrolló MO fue mayor en el grupo experimento⁽²⁷⁾. El grado medio de la MO se redujo significativamente en el grupo de crioterapia en los tres ciclos de quimioterapia⁽²⁷⁾.

En el estudio de Diniz dos Reis et al. todos los pacientes fueron tratados con crioterapia oral, pero en el grupo experimento los cubitos de hielo se elaboraron a partir de infusión de manzanilla, administrados 5 minutos antes del inicio de la quimioterapia y hasta un total de 30 minutos⁽²⁶⁾. La mucosa oral fue evaluada a los 8, 15 y 22 días de haber iniciado el tratamiento⁽²⁶⁾. Tan solo el 30% de los pacientes del

grupo experimento desarrolló MO, aunque sin sobrepasar el grado 1, por lo tanto la crioterapia elaborada a partir de manzanilla vs la crioterapia sola, ha demostrado reducir la incidencia de la MO, debido a sus efectos antiinflamatorios, ya que inhibe la producción de “cyclooxygenasa-2”⁽²⁶⁾.

Por otro lado, Karagözoğlu et al, es el único que analiza la efectividad de la crioterapia oral en pacientes tratados con agentes antineoplásicos diferentes a los anteriormente mencionados (Etoposido, Cisplatino, Mitomicina y Vinblastina), en intervalos de 1 o 3 días consecutivos, cada 21 días⁽²⁴⁾. El grado de MO fue evaluado por los propios pacientes y por un experto, antes de comenzar el 2º ciclo de quimioterapia⁽²⁴⁾. Los resultados del estudio mostraron que tanto la tasa, gravedad y duración de la MO fueron mayores en el grupo control⁽²⁴⁾.

Datos similares se obtuvieron de la revisión bibliográfica realizada por Tejada et al⁽²⁸⁾. Según el análisis de 4 ensayos clínicos aleatorizados, concluye que la administración de escamas de hielo 5 minutos antes por un total 30 minutos en el tratamiento con 5-FU en bolo resulta beneficioso para la prevención de la MO, y añade que la crioterapia oral por un total de 60 minutos no es más eficaz que la administrada durante 30 minutos⁽²⁸⁾.

La revisión de Riley et al. encontró que la crioterapia oral en pacientes que reciben tratamiento con 5-FU reducía el riesgo de desarrollar MO de cualquier grado⁽²²⁾. A similares conclusiones llegó Worthington et al. aunque sus resultados se basaron en el análisis a pacientes con diferentes tipos de cáncer y tratamientos⁽²⁹⁾. A su vez la revisión sistemática realizada por De Melo Manzi et al. muestra los mismos

resultados que las anteriores, pero da un paso más mencionando que los cubitos de hielo empleados para la crioterapia oral deben tener un tamaño apropiado para su fácil movilización en la cavidad bucal ⁽²⁹⁾.

Por último, la guía de práctica clínica de Rubenstein et al. recomienda el uso de la crioterapia en aquellos pacientes que reciben bolos de 5-FU, 5 minutos antes de la infusión y durante 30 minutos, pero afirma que esta no es útil en la prevención de la MO relacionada con otros agentes de vida media larga (Metotrexate, Doxorubicina) e infusiones continuas de 5-FU ⁽³¹⁾.

En resumen, tras el análisis de la bibliografía hallada, se concluye que la crioterapia oral se ha popularizado como método sencillo, barato, rentable y de fácil administración en la prevención de la MO, demostrando su eficacia en la infusión rápida de algunos agentes quimioterápicos de vida media corta (20 minutos), tales como el 5-FU ^(22,24,25). Esto se debe a la vasoconstricción producida por el hielo local en la cavidad bucal provocando que una menor cantidad de estos agentes alcance las células de la mucosa oral ⁽³¹⁾. La mayoría de los artículos analizados mencionaban que la crioterapia oral no había ocasionado efectos secundarios, sin embargo, Papadeas et al. hace referencia a que 6 de los pacientes tratados con este método, presentaron entumecimiento bucal y dolor de cabeza, finalizando estas molestias con el cese de la crioterapia oral ⁽²⁷⁾. La mayoría de los artículos hallados destacan la importancia de que los cubitos de hielo tengan las esquinas redondeadas para no dañar la cavidad oral ^(23,24,27).

Terapias naturales

Actualmente, el uso de este tipo de terapias ha ido tomando más relevancia, con relación a la prevención de los efectos secundarios relacionados con los tratamientos de quimioterapia o radioterapia en pacientes oncológicos.

Miel

Este producto natural cuenta con reconocidas propiedades antibacterianas y epitelizantes sobre la mucosa oral que la convierten en una alternativa de uso tópico en estudio para la prevención de la MO ⁽²⁸⁾.

El ensayo aleatorizado de Rashad et al. es el único estudio hallado que evalúa la efectividad de una medida preventiva en el tratamiento concomitante de radioterapia y quimioterapia ⁽³²⁾. Todos los pacientes del estudio fueron evaluados odontológicamente, instruidos en cuidados orales y utilizaron un enjuague de bencidamida ⁽³²⁾. El grupo intervención, recibió 20 ml de miel pura 15 minutos antes, después y en las 6 horas posteriores a la radioterapia, manteniéndola en la boca durante cinco minutos y tragándola poco a poco, con el fin de impregnar la mucosa oral y faríngea ⁽³²⁾. El grado de MO se evaluó durante un periodo de 7 semanas, mostrando que en el grupo intervención nadie desarrolló MO grado 4 y que tan solo 3 de los participantes desarrollaron MO grado 3, por lo que la miel reduce la incidencia de los grados más graves (3 y 4) de MO ⁽³²⁾.

Worthington et al. junto con otros dos que analizan la efectividad de la miel como medida profiláctica en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia, concluye que existen numerosos sesgos en dichos ensayos y poca evidencia confiable de que la miel se asocie con un beneficio moderado

respecto a la prevención de cualquier MO ⁽²⁹⁾.

En conclusión, solo se han encontrado resultados estadísticamente significativos a favor de la miel como medida profiláctica en artículos con alto riesgo de sesgos. Por ello, sería necesaria la realización de estudios con adecuados diseños ⁽³²⁾.

Melaza de morera negra

La morera negra, es una especie vegetal, de cuyo fruto se obtiene, tras un proceso de elaboración, la melaza de morera negra, con propiedades similares a las de la miel ⁽³³⁾.

En el ensayo de Demir et al. Realizado en pacientes sometidos a radioterapia en la zona de la mucosa orofaríngea, se elaboró un enjuague a base de mora y agua a partes iguales que se embotelló con la dosis diaria necesaria, administrada de la siguiente forma: mantenerlo en la boca de 1-3 minutos e ingerirlo 15 minutos antes y después de la radiación, repitiéndose el proceso 6 horas más tarde ⁽³³⁾.

Los grados de MO se evaluaron durante las primeras 7 semanas y a los 90 días de comenzar con la radioterapia ⁽³³⁾. En la primera semana de tratamiento y el día 90, ninguno de los participantes experimentó MO ⁽³³⁾. En el grupo control, los primeros casos de MO aparecieron durante la 2ª semana, en el experimento durante la 3ª ⁽³³⁾.

La incidencia de MO fue mayor en el grupo control que en el experimental durante la 3ª, 4ª y 7ª semana y la severidad, aumentó en el grupo control durante la 4ª y 6ª semanas ⁽³³⁾. Finalmente, ninguno de los participantes del estudio desarrolló MO grado 4 ⁽³³⁾.

En el estudio de Demir et al. la melaza de morera negra retrasó la aparición de

MO y redujo su severidad. A pesar de los resultados favorables, este ha sido el único estudio hallado sobre la melaza, por lo que se requiere de la realización de más estudios experimentales controlados ⁽³³⁾.

Silimarina (*Cardo mariano*)

La silimarina, es un flavonoide extraído del cardo lechoso, con potentes propiedades antiinflamatorias y antioxidantes, que detienen los radicales libres ⁽³⁴⁾.

En el ensayo de Elyasi et al. en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, sometidos a radioterapia y cisplatino los días 1, 22 y 43, los pacientes del grupo experimento recibieron una dosis diaria de 420 mg de silimarina administrada en comprimidos, repartida en 3 tomas, desde el comienzo del tratamiento radioterápico hasta 6 semanas después ⁽³⁴⁾.

Según los resultados obtenidos, evaluados con las escalas de la OMS y la NCI-CTC, los grados de MO fueron mucho menores en el grupo experimento que en el control y ninguno de los pacientes tratados con silimarina tuvo grado 4 de MO ⁽³⁴⁾. A pesar de la progresión de la MO en ambos grupos durante el tratamiento radioterápico, la silimarina causa un retraso en su aparición y reduce su severidad ⁽³⁴⁾.

Al ser este el único estudio hallado sobre la efectividad de la silimarina en la prevención de la MO, no existen datos suficientes para concluir que esta medida sea efectiva, por lo que se precisa de la realización de más ensayos clínicos controlados y aleatorizados.

Propóleo

El propóleo es una sustancia resinosa compuesta por aceites esenciales y flavonoides, que posee altas

propiedades biológicas, antisépticas, antimicóticas, anti-oxidantes, antimicrobianas y antiinflamatorias específicas para alteraciones de la mucosa oral ⁽³⁴⁾.

En el estudio de Piredda et al. todos los participantes utilizaron bicarbonato sódico para enjuagar su cavidad oral 3 veces al día, además el grupo experimento tomó comprimidos compuestos por 80 mg de extracto seco de propóleo y 8-12% de galangina, en 2 o 3 tomas al día entre comidas ⁽³⁴⁾. El número de comprimidos se calculó según el peso de los pacientes y fueron preparados por un laboratorio siguiendo estrictas normas de calidad ⁽³⁴⁾. El tratamiento profiláctico se llevó a cabo durante el primer ciclo quimioterápico, iniciándose el día después de comenzar el régimen antineoplásico, durante 15 días ⁽³⁴⁾.

Tras la evaluación los días 5, 10, 15 y 21 del primer ciclo quimioterápico, los datos obtenidos indican que el 76,7% de los pacientes del grupo experimento no desarrolló ningún grado de MO, el 23,3% desarrolló grado 1 y ningún paciente desarrolló MO mayor de este grado ⁽³⁴⁾. Por lo que el propóleo asociado al bicarbonato de sodio, resultó ser más eficaz que el enjuague por si solo ⁽³⁴⁾.

En relación a los efectos secundarios de las medidas empleadas, 7 de los pacientes manifestaron sensación desagradable por el bicarbonato sódico y otros 6 alegaron que les producía náuseas; con respecto a los efectos secundarios del propóleo, 2 pacientes decidieron tomarlo después de comer en vez de entre horas por molestias gástricas, también hay que destacar que puede ocasionar intolerancia o alergia al ser un producto derivado de las abejas ⁽³⁴⁾. Hubo incumplimiento general del régimen prescrito por parte de 6

pacientes del grupo experimento por sospecha de alergia y emesis ⁽³⁴⁾.

Polen de Palmera Datilera

La palmera datilera es una planta cuyo polen tiene propiedades antiinflamatorias, antibacterianas, componentes bioactivos ricos en estrógenos naturales, tales como: estrona, estradiol y estriol, ⁽³⁶⁾. Además de ácidos grasos como el palmítico, linoleico y mirístico similares a los que se hayan de forma natural en las membranas epiteliales de la cavidad bucal ⁽³⁶⁾.

El estudio piloto de Elkerm et al. en pacientes tratados con quimioterapia y/o radioterapia con cáncer de cabeza y cuello, el grupo experimento tomó 2 gr de polen diluidos en 125 ml de agua todas las noches durante 6 semanas, comenzando el día previo al tratamiento, mientras que el grupo control fue tratado con un cuidado estándar ⁽³⁶⁾. Ambos grupos fueron observados los días 1, 15 y 29, durante un periodo de 30 días, obteniéndose en el grupo tratado con palmera datilera una reducción significativa de la gravedad e incidencia de la MO ⁽³⁶⁾.

Por lo tanto, el estudio demuestra la efectividad de este agente en la protección de las membranas de la mucosa oral debido a las acciones sinérgicas de sus constituyentes fitoquímicos ⁽³⁶⁾. Sus prometedores hallazgos, precisan de la realización de futuros ensayos clínicos aleatorizados y controlados ⁽³⁶⁾.

Canela

La canela es una planta originaria de los bosques de Taiwan, con altas

propiedades anti-inflamatorias,
antioxidantes, antibacterianas,
antifúngicas y reparadora de heridas ⁽³⁷⁾.

La revisión sistemática de Bakar et al. analiza una serie de artículos que incluyen la canela como medida natural, llegando a la conclusión de que sus propiedades pueden ser de gran utilidad en el alivio de las diferentes fases de MO ⁽³⁷⁾. Durante la primera fase, se podrían prevenir la aparición de especies reactivas al oxígeno (propiedades antioxidantes), en la segunda, inhibiendo los factores que provocan la reacción inflamatoria y en la cuarta fase, por ejemplo, inhibiendo que numerosas bacterias colonizantes entren en la mucosa oral ⁽³⁷⁾.

Enjuagues bucales

Clorhexidina

La Clorhexidina es un antiséptico tópico conocido por su amplio espectro antibacteriano, y habilidad de unirse a las superficies orales, propiedades que la han convertido en una de las medidas más utilizadas en la prevención de la MO ^(31,38).

El ensayo de Sorensen et al. incluye participantes con cáncer gastrointestinal que recibieron tratamiento quimioterápico bajo el régimen de Mayo (Leucovorín + 5-FU), distribuidos aleatoriamente en 3 grupos diferentes ⁽²⁵⁾. En el grupo A, se enjuagaron la cavidad oral con 10mL de Clorhexidina al 0,1% durante 1 minuto, 3 veces al día, desde el inicio con quimioterapia hasta el día 21 ⁽²⁵⁾. El grupo B, fue tratado con enjuagues de placebo (suero salino) con la misma cantidad y horario que el grupo A ⁽²⁵⁾. Por último, el grupo C se trató con crioterapia 10 minutos antes y

hasta 35 minutos después del comienzo de la infusión de quimioterapia ⁽²⁵⁾.

Todos los grupos fueron evaluados el día 14 y 28 del primer ciclo de quimioterapia ⁽²⁵⁾. El 23% de los pacientes del Grupo B (suero salino) y el 43% de los tratados con Clorhexidina y Crioterapia no presentaron ningún grado de MO ⁽²⁵⁾. La MO grado 3-4 apareció en un 12% del grupo A, 32% grupo B y 10% grupo C, y la duración de la MO en el grupo A fue de 3 días ($p=.035$), en el B de 5 y en el C de 1 día ($p=.003$), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos A y C ⁽²⁵⁾. La incidencia y duración de la MO se vio mejorada por la Crioterapia y la Clorhexidina, aunque esta última demostró su efectividad incluso en agentes antineoplásicos de vida media larga ⁽²⁵⁾.

Este estudio presenta una incidencia del 62% y un aumento de los grados 3-4 de MO mayor a la habitual en pacientes tratados con 5-FU, esto puede deberse a que los resultados obtenidos están condicionados por los datos subjetivos de la autoevaluación de los pacientes ⁽²⁵⁾.

En cuanto a los efectos secundarios, el 48% de los pacientes tratados con Clorhexidina, manifestó alteraciones en el gusto ⁽²⁸⁾.

A su vez, Melo Manzi et al. que incluye el anterior estudio, determina una controversia en los artículos que analizan los enjuagues de este agente como intervención, por lo que no se puede concluir que sea efectivo en la prevención de la MO ⁽³⁰⁾. Aunque destaca que en pacientes con neutropenia que utilizaron el enjuague con clorhexidina, hubo una reducción de la concentración de microorganismos de su cavidad oral ⁽³⁰⁾.

Las revisiones sistemáticas de Tejada et al y Potting et al. analizan una serie de estudios que evalúan la Clorhexidina como medida profiláctica para la MO, no encontrando resultados concluyentes para apoyar o rechazar la efectividad de esta medida ^(28,38). Sorensen et al. coincide con los datos de esta última revisión, en que los pacientes tratados con este antiséptico manifestaron alteraciones en el gusto como la sensación de sabor amargo y añade otras molestias como la decoloración dental y sensación desagradable, datos suficientes para recomendar otro tipo de agentes como el agua estéril, suero fisiológico o bicarbonato sódico ⁽³⁸⁾.

Rubenstein et al. no recomienda el uso de la clorhexidina en la prevención de la MO en aquellos pacientes con tumores de cabeza y cuello sometidos a radioterapia, ya que no existe ninguna evidencia clínica acerca de la eficacia de este agente en la prevención de la MO ⁽³¹⁾. A pesar de ello, si recomienda el uso de este agente como parte de un protocolo de cuidado oral por sus propiedades antifúngicas y antiplaca ⁽³¹⁾.

Povidona Yodada

Tejada et al, analiza el enjuague de Povidona Yodada sin alcohol, en la prevención de la MO inducida por radioterapia, concluyendo que la efectividad de este agente no es superior a la del suero salino ⁽²⁸⁾. A similares conclusiones llega la revisión sistemática de Worthington et al. analizando un estudio de la Povidona en contraposición al agua estéril ⁽²⁹⁾.

Los hallazgos de la revisión sistemática de Potting et al. indican que puede reducir la severidad y duración de la MO, aunque menciona su peligrosidad en caso de ingestión accidental, pudiendo provocar hipertiroidismo ⁽³⁸⁾.

CONCLUSIONES:

En términos generales esta revisión crítica de la literatura permite observar que existen diversas medidas no farmacológicas para la prevención de la MO. Su efectividad está en un claro proceso de estudio y se precisa de una mayor evidencia científica para su inequívoca recomendación.

La crioterapia oral, es una de las medidas más analizadas en la literatura. De fácil administración y disponibilidad, su eficacia basada en la vasoconstricción local ha quedado demostrada en la prevención de MO relacionada con agentes antineoplásicos de vida media corta, tales como el 5-FU, no habiéndose encontrado estudios realizados en pacientes sometidos a radioterapia. Debido al frío local, algunas personas pueden padecer entumecimiento bucal y dolor de cabeza. Finalmente, resaltar la importancia de que el hielo tenga el tamaño y la movilidad adecuados para evitar lesiones en la cavidad oral.

En relación con las terapias naturales analizadas no existe evidencia científica clara que demuestre su eficacia en la prevención de la MO. Sin embargo, después de analizar estas medidas en pacientes sometidos a radioterapia y/o quimioterapia, se concluye que tanto la miel, melaza de morera negra, silimarina, Propóleo, la canela y el polen de palmera datilera, poseen propiedades antiinflamatorias, antioxidantes, epitelizantes y antibacterianas beneficiosas para la protección de la mucosa oral. Existe contraindicación de la ingesta de propóleo en pacientes alérgicos a productos derivados de las abejas, por causar reacciones anafilácticas graves.

Respecto al enjuague de clorhexidina, los resultados hallados demuestran una gran controversia, no pudiéndose apoyar o rechazar dicha medida como profilaxis en la MO, además su uso está desaconsejado en pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello.

La efectividad del enjuague de povidona yodada no resulta superior a los realizados con agua estéril o suero salino, siendo peligrosa su ingestión accidental pudiendo causar hipertiroidismo.

Las limitaciones que pueden explicar la baja calidad de los resultados obtenidos en los estudios residen en su mayoría en los reducidos tamaños muestrales; estudios piloto y ensayos clínicos de baja calidad metodológica; imposibilidad de integrar un formato doble-ciego; dificultad para desarrollar un placebo y mala realización del seguimiento.

Queda reflejada la necesidad de realizar ensayos de adecuado diseño metodológico acerca de todas las ramas del árbol categorial.

En resumen, el análisis de la efectividad de estas medidas no farmacológicas es una herramienta útil que favorece el autocuidado de los pacientes oncológicos y su calidad de vida, promoviendo el principio de beneficencia.

Referencias:

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Oncología: atención de enfermería en el tratamiento del cancer. In: Brunner y Suddarth Enfermería medicoquirúrgica. 12th ed. Barcelona: thePoint; 2012. p. 336–94.
2. OMS: Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Cáncer [Internet]. World Health Organization; 2017 [acceso 2 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Galceran J, Amejjide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Rojas D, et al. Cancer incidence in Spain, 2015. Clin Transl Oncol. 2017; 19(7): p. 799–825.
4. NHI: Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2015 [acceso 18 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol>
5. Lucendo Villarín AJ, Polo Araujo L, Noci Belda J. Cuidados de enfermería en el paciente con cáncer de cabeza y cuello tratado con radioterapia. Enferm Clínica. 2005;15(3): p. 175–9.
6. Stephens FO, Aigner KR. Treating Cancer. In: Basics of Oncology. Springer; 2009. p. 87–118.
7. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Tratamientos: Quimioterapia [Internet]. 2015 [acceso 7 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/Quimioterapia/Paginas/Que.es.aspx>

8. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo. [Internet]. 2009 [acceso 2 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
9. Gallego C. La mucositis, un efecto del tratamiento quimioterapéutico: fisiopatología y manejo. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia*. 2007; 18(2): p. 84–92.
10. Raber-Durlacher JE, Elad S, Barasch A. Oral mucositis. *Oral Oncol*. 2010; 46(6): p. 452–6.
11. Schmidt Santos RC, Dias RS, Giordani AJ, Segreto RA, Comodo Segreto HR. Mucositis in head and neck cancer patients undergoing radiochemotherapy. *Rev Da Esc Enferm Da Usp*. 2011; 45(6): p. 1336–42.
12. Eilers J, Million R. Prevention and Management of Oral Mucositis in Patients With Cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2007; 23(3): p. 201–12.
13. Radvansky LJ, Pace MB, Siddiqui A. Prevention and management of radiation-induced dermatitis, mucositis, and xerostomia. *Am J Heal Pharm*. 2013; 70(12): p. 1025–32.
14. Sonis ST. Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral Oncol*. 2009; 45(12): p. 1015–20.
15. Scully C, Epstein J, Sonis S. Oral mucositis: A challenging complication of radiotherapy, chemotherapy, and radiochemotherapy: Part 1, pathogenesis and prophylaxis of mucositis. *Head Neck*. 2003; 25(12): p. 1057–70.
16. López-Castaño F, Oñate-Sánchez RE, Roldán-Chicano R, Cabrerizo-Merino MC. Valoración de la mucositis secundaria a tratamiento oncohematológico mediante distintas escalas. Revisión. Measurement of secondary mucositis to oncohematologic treatment by means of different scale. Review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10(5): p. 412–21.
17. Haas ML. Oral Mucositis in Radiation/Chemotherapy: Treatment Similarities. *Oncol nurse Ed*. 2009;23(8): p. 23–7.
18. Volpato LER, Silva TC, Oliveira TM, Sakai VT, Machado MAAM. Radiation therapy and chemotherapy-induced oral mucositis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2007;73(4):562–8.
19. Lalla R V., Saunders DP, Peterson DE. Chemotherapy or Radiation-Induced Oral Mucositis. *Dent Clin North Am*. 2014;58(2):341–9.
20. Lopes LD, Rodrigues AB, Brasil DRM, Moreira MMC, Amaral JG, Peres de Oliveira P. Prevention and Treatment of Mucositis At an Oncology Outpatient Clinic: a Collective Construction. *Texto Context - Enferm*. 2016; 25(1):p. 1–9.
21. Medeiros F, Pimentel I, Firmino F. Prevenção e tratamento da mucosite oral. *Rev enferm*. 2010; 18(1): p. 67–74.
22. Riley P, Glenny AM, Worthington HV,

- Littlewood A, Clarkson JE, McCabe MG. Interventions for preventing oral mucositis in patients with cancer receiving treatment : oral cryotherapy (Review). Cochrane database Syst Rev. 2015; (12):CD011552.
23. Katranci N, Ovayolu N, Ovayolu O, Sevinc A. Evaluation of the effect of cryotherapy in preventing oral mucositis associated with chemotherapy - A randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs.* 2012; 16(4): p. 339–44.
24. Karagözoğlu Ş, Ulusoy MF. Chemotherapy: The effect of oral cryotherapy on the development of mucositis. *J Clin Nurs.* 2005;14(6):754–65.
25. Sorensen JB, Skovsgaard T, Bork E, Damstrup L, Ingeberg S. Double-blind, placebo-controlled, randomized study of chlorhexidine prophylaxis for 5-fluorouracil-based chemotherapy-induced oral mucositis with nonblinded randomized comparison to oral cooling (cryotherapy) in gastrointestinal malignancies. *Cancer.* 2008; 112(7): p. 1600–6.
26. Diniz dos Reis PE, Ciol MA, De Melo NS, De Souza Figueiredo PT, Leite AF, De Melo Manzi N. Chamomile infusion cryotherapy to prevent oral mucositis induced by chemotherapy: a pilot study. *Support Care Cancer.* 2016; 24(10): p. 4393–8.
27. Papadeas E, Naxakis S, Riga M, Kalofonos C. Prevention of 5-fluorouracil-related stomatitis by oral cryotherapy: A randomized controlled study. *Eur J Oncol Nurs.* 2007; 11(1): p. 60–5.
28. Tejada Domínguez, F.J. Ruiz Domínguez MR. Mucositis Oral : Decisiones Sobre El Cuidado Bucal En Oral Mucositis : Decisions Regarding the Oral Care of Patients Under. *Enferm glob.* 2010; (18): p. 1–22.
29. Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Furness S, Glenny AM, Littlewood A, McCabe MG, Meyer S, Khalid T. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (4).
30. De Melo Manzi N, De Campos RC, Diniz dos Reis PE. Prophylaxis for mucositis induced by ambulatory chemotherapy: Systematic review. *J Adv Nurs.* 2016; 72(4): p. 735–46.
31. Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M, Keefe D, McGuire D, Epstein J, Elting LS, Fox PC, Cooksley C, Sonis ST . Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer.* 2004; 100(9): p. 2026–46.
32. Rashad UM, Al-Gezawy SM, El-Gezawy E, Azzaz AN. Honey as topical prophylaxis against radiochemotherapy-induced mucositis in head and neck cancer. *J Laryngol Otol.* 2009; 123(2): p. 223–8.
33. Demir Doğan M, Can G, Meral R. Effectiveness of Black Mulberry Molasses in Prevention of Radiotherapy-Induced Oral Mucositis: A Randomized Controlled Study in

- Head and Neck Cancer Patients. *J Altern Complement Med.* 2017; 23(12): p. 971–9.
34. Elyasi S, Hosseini S, Niazi Moghadam MR, Aledavood SA, Karimi G. Effect of Oral Silymarin Administration on Prevention of Radiotherapy Induced Mucositis: A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Phyther Res.* 2016; 30(11): p.1879–85.
35. Piredda M, Facchinetti G, Biagioli V, Giannarelli D, Armento G, Tonini G, De Marinis MG. Propolis in the prevention of oral mucositis in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: A pilot randomised controlled trial. *Eur J Cancer Care.* 2017; 26(6): p. 1–8.
36. Elkerm Y, Tawashi R. Date palm pollen as a preventative intervention in radiation- and chemotherapy-induced oral mucositis: A pilot study. *Integr Cancer Ther.* 2014; 13(6): p. 468–72.
37. Bakar A, Yao PC, Ningrum V, Liu CT, Lee SC. Beneficial Biological Activities of *Cinnamomum osmophloeum* and its Potential Use in the Alleviation of Oral Mucositis: A Systematic Review. *Biomedicines.* 2020;8(1):3.
38. Potting CMJ, Uitterhoeve R, Scholte Op Reimer W, Van Achterberg T. The effectiveness of commonly used mouthwashes for the prevention of chemotherapy-induced oral mucositis: A systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2006; 15(5): p. 431–9.

Anexo 1: GUIÓN DE LECTURA CRÍTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

ARTÍCULO: Katranci N, Ovaryolu N, Ovaryolu O, Sevinc A. Evaluation of the effect of cryotherapy in preventing oral mucositis associated with chemotherapy - A randomized controlled trial. <i>Eur J Oncol Nurs.</i> 2012; 16(4): p. 339–44.			
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Regular	¿Por qué? P: Pacientes en tratamiento con 5-Fu + Leucovorina (quimioterapia). I: La crioterapia oral. C: No aparece especificado. O: Prevención de la MO.
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Sí	¿Por qué? Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, cuenta con un grupo control y un grupo intervención. El estudio busca analizar la efectividad de a crioterapia, por lo que de esta manera puede comparar ambos grupos. Además, existe una aleatorización de los participantes por lo que hay comparabilidad de grupos. El ensayo clínico aleatorizado es el que más sesgos controla.
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	Sí	¿Por qué? El objetivo es analizar la efectividad de la crioterapia, por lo que la aplican a un grupo determinado de participantes y la comparan con otro grupo al que se le

			aplica una intervención diferente. Se puede replicar la intervención realizada en el grupo experimento, aunque no hace demasiada referencia al cuidado rutinario del grupo control. No se indica que haya una formación específica para hacer la intervención.
<u>Población y muestra</u>	¿Se identifica y describe la población?	Sí	<i>¿Por qué?</i> Indican que son pacientes sometidos a quimioterapia, en concreto los tratados con bolos de 5-FU + leucovorina.
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	No	<i>¿Por qué?</i> A pesar de tener una población diana y seleccionar aquellos participantes que cumplen con los requisitos de inclusión al estudio, no especifican como han calculado el tamaño muestral.
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	Sí	<i>¿Por qué?</i> Sí, seleccionan aquellos adecuados para el estudio, después pasan un cuestionario de aquellos pacientes con características similares.
<u>Medición de las variables</u>	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Sí	<i>¿Por qué?</i> Indican que los investigadores prepararon una serie de cuestionarios que abarcaban preguntas sobre: genero, nivel de educación, tabaquismo, enfermedades de interés. El grado de MO fue medido con la escala de la OMS. También utilizaron un programa informático para la recolección de datos: SPSS.
<u>Control de Sesgos</u>	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	Sí	<i>¿Por qué?</i> No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$).
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada?	No	<i>¿Por qué?</i> No indican que haya un ciego en el investigador. Existe una imposibilidad de realizar el ciego del participante por el tipo de intervención que se lleva a cabo.
<u>Resultados</u>	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Sí	<i>¿Por qué?</i> Expone los resultados obtenidos y compara ambos grupos, además de responder a las hipótesis planteadas.
<u>Valoración Final</u>	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Sí	<i>¿Por qué?</i> A pesar de los sesgos: no hay ciego del participante ni del investigador. Este estudio responde al objetivo del trabajo y aporta información relevante. La mayoría de los estudios relacionados con el empleo de la crioterapia incurrir en el mismo sesgo.



Original

EFFECTOS DE LA TOXICIDAD CUTÁNEA INDUCIDA POR EL TRATAMIENTO ANTI-EGFR EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

ONCOLOGY PATIENTS QUALITY OF LIFE REGARDING ANTI-EGFR INDUCED CUTANEOUS TOXICITY AT BURGOS UNIVERSITY HOSPITAL

Laura Calvo

Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

Correo Electrónico: lauracgar@hotmail.es



RESUMEN

Introducción: Los inhibidores del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR) son fármacos antineoplásicos que actúan de forma dirigida sobre mecanismos implicados en el crecimiento celular neoplásico. No obstante, se asocian con efectos adversos que afectan a la piel, pelo y uñas.

Objetivo: Evaluar el efecto de la toxicidad cutánea en la calidad de vida de los pacientes del Hospital de Día Oncológico del Hospital Universitario de Burgos que reciben el tratamiento anti-EGFR.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal, y de tipo cuantitativo. Los 17 pacientes completan el cuestionario Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT), que evalúa la calidad de vida en dominios: físico, emocional, social y funcional.

Resultados y discusión: El dominio que más influye en la calidad de vida es el físico, seguido del emocional, funcional y social. Las mujeres presentan peor calidad de vida en todos los dominios con respecto los hombres. Los pacientes que han suspendido algún ciclo del tratamiento presentan mayor afectación del rash pápulo pústular que los pacientes que no han suspendido ningún ciclo.

Conclusión: La calidad de vida de los pacientes oncológicos se ve afectada negativamente por los efectos adversos.

Palabras clave: Calidad de vida, Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico, Toxicidad, Anticuerpos monoclonales.

ABSTRACT

Background: Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) inhibitors are antineoplastic drugs that act in a

targeted manner on mechanisms involved in neoplastic cell growth. However, they are associated with adverse effects that affect the skin, hair and nails.

Objective: To evaluate the effect of dermatological toxicity on the quality of life of *Hospital Universitario de Burgos* patients that receiving the anti-EGFR treatment.

Material and method: Descriptive, transversal, and quantitative study. The 17 patients complete a questionnaire, Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT), which evaluates the quality of life in domains: physical, emotional, social, and functional.

Results and discussion: The domain that most influences in the quality of life is the physical, followed by the emotional, functional, and social domain. Women presented worse quality of life in all domains with respect to men. Patients who have discontinued a treatment cycle have a greater involvement of the papulopustular rash than patients who have not stopped any cycle. Nursing is vital for the identification and treatment of the adverse effects.

Conclusion: The quality of life of cancer patients is affected negatively by the adverse effect.

Key words: Quality of life, Receptor, Epidermal Growth Factor, Toxicity, Antibodies, Monoclonal.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, hemos asistido a un cambio paradigmático en el desarrollo de nuevos fármacos para el tratamiento oncológico¹. El Factor de Crecimiento Epidérmico (*Epidermal Growth Factor*, EGF) es considerado

como una de las más importantes innovaciones del arsenal terapéutico en los últimos años.

El Factor de Crecimiento Epidérmico es un péptido que promueve el crecimiento, la proliferación, diferenciación y supervivencia celular a través de la unión con su receptor (*Epidermal Growth Factor Receptor*, EGFR), presente en la superficie celular. Se encuentra de forma natural en las células epiteliales y está relacionado con la integridad, curación y regeneración cutánea. Sin embargo, se ha observado una sobreexpresión del EGFR en muchos tumores sólidos. Esta desregulación deriva en un crecimiento descontrolado, proliferación y angiogénesis celular asociada a un peor pronóstico y manifestado por un incremento del potencial metastásico^{2,3}. Actualmente existen agentes inhibidores del EGFR, como son los anticuerpos monoclonales, moléculas que se unen específicamente al EGFR y producen su bloqueo. Estos medicamentos incrementan la respuesta citotóxica en los tumores dependientes del EGFR como son: cáncer colorrectal, cáncer de cabeza y cuello, cáncer de pulmón no microcítico avanzado o metastásico, cáncer de páncreas, cáncer de mama, cáncer de ovario gástrico o vesical^{3,4}.

Los inhibidores de EGFR que actúan de forma dirigida y específica sobre mecanismos implicados en la proliferación y crecimiento celular neoplásicos han permitido aumentar la sobrevida global de los pacientes, así como utilizar la dosis óptima biológica más tolerable para el paciente^{1,4}. Sin embargo, debido al papel del EGFR en la biología de la piel, todos los inhibidores de EGFR se asocian con una variedad de Efectos Adversos dermatológicos (dAE).

La erupción papulopustular o acneiforme es el dAE más frecuente y se localiza principalmente en áreas seboreicas como la cara, el tronco y el cuero cabelludo. Su incidencia varía dependiendo del tipo de anti-EGFR. En algunos casos, como lesión secundaria a la erupción cutánea se ha descrito infección bacteriana o fúngica. No obstante, solo el 10-20 % presenta lesiones severas.

Otros efectos adversos son xerosis y prurito, cambios en el pelo (pérdidas de cabello, hipertrichosis facial, tricomegalia en pestañas) y cambios en las uñas (paroniquias)^{3,4}.

Actualmente para clasificar la gravedad de la toxicidad cutánea asociada con la terapia anti-EGFR se emplean los Criterios Terminológicos Comunes para Eventos Adversos del National Cancer Institute (NCI-CTCAE, versión 4.03). Es una herramienta estandarizada que clasifica los eventos adversos desde el Grado 1 (marginal) hasta el grado 5 (muerte)^{4,5}. Aunque estos dEA no suponen un riesgo vital, en numerosas ocasiones originan un impacto muy negativo tanto a nivel físico, como psicológico y social, agravado por la situación que deriva ser diagnosticado de cáncer^{4,6,7}.

Estos eventos adversos ocasionan una mala adherencia al tratamiento pudiendo reducirse la dosis de EGFR o incluso puede llegar a desencadenar la suspensión del tratamiento si no se tratan adecuadamente^{5,7}.

A pesar de que se ha demostrado que la gravedad y la rapidez en el momento del inicio de la erupción cutánea se correlacionan con la efectividad del tratamiento anti-EGFR, éste se constituye como el mejor biomarcador actualmente disponible para predecirla^{8,9}.

Las enfermeras de oncología desempeñan un papel esencial al tratar con un número creciente de pacientes

diagnosticados con cáncer que reciben la terapia anti-EGFR⁶. Por consiguiente, resulta vital la aplicación temprana de tratamientos basados en la evidencia para limitar las toxicidades cutáneas, fomentar el alivio de los síntomas y aumentar la adherencia terapéutica del paciente (ya sea por sí sola, o en combinación con las terapias convencionales)^{5,6,8}. Se ha demostrado que la aplicación del tratamiento adecuado reduce significativamente hasta el 50% la severidad de los efectos dermatológicos³.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Evaluar el efecto de la toxicidad cutánea en la calidad de vida de los pacientes del Hospital de Día Oncológico del Hospital Universitario de Burgos (HUBU) que reciben el tratamiento antineoplásico anti-EGFR (*cetuximab* y *panitumumab*).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores que más influyen en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.
- Determinar en qué medida el grado de toxicidad cutánea se asocia con la suspensión del tratamiento.

MÉTODO

Estudio descriptivo de prevalencia transversal, y de tipo cuantitativo. En el estudio se incluyen a todos los pacientes del Hospital de Día Oncológico del HUBU atendiendo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes oncológicos que estén recibiendo el tratamiento antineoplásico anti- EGFR: *Cetuximab* y *Panitumumab*.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que quieran participar en el proyecto y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes oncológicos que estén recibiendo otro tratamiento diferente al antineoplásico anti-EGFR: *Cetuximab* y *Panitumumab*.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no quieran participar en el proyecto y no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que presenten discapacidad intelectual o daño cognitivo severo.
- Pacientes que presenten patología dermatológica no relacionada con la terapia antineoplásica.

El tamaño de la muestra es de 17 pacientes oncológicos que reciben el tratamiento antineoplásico anti- EGFR correspondiente al 100% del tamaño muestral total. La muestra es de tipo no probabilístico por conveniencia, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

Los datos a estudio se obtienen durante los meses de febrero y marzo de 2017 en el Hospital de Día Oncológico del HUBU.

Para la recogida de datos, se distribuye un instrumento para la caracterización sociodemográfica de los sujetos. Al mismo tiempo, se adjunta un cuestionario exhaustivo autoadministrado denominado

Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) que evalúa el impacto físico, emocional, social y funcional de la toxicidad de la piel, uñas y pelo del tratamiento específico anti- EGFR en la calidad de vida de los pacientes.

Consta de 18 ítems agrupados en dominios: Físico (ítems 1,2,3,4 y 14), emocional (ítems 5,7,9,11,15,17 y 18), social (ítems 8 y 10) y funcional (ítems 6,12,13 y 16). Las escalas de respuesta varían desde "Nada" (0) a "Muchísimo" (4)¹².

Por otra parte, se recogen datos clínicos procedentes de la historia clínica de los pacientes, garantizando la confidencialidad y anonimización de los datos.

Además de recopilar las variables recogidas en el cuestionario FACT-EGFR 18, se recogen una serie de datos sociodemográficos y clínicos de la población estudiada:

- **Variables sociodemográficas**
- **Variables clínicas:**
 - Diagnóstico oncológico: Ca. Recto- Ca. Colon- Ca. ORL
 - Tiempo que lleva recibiendo el tratamiento con anti-EGFR: ≤4 meses- ≤8 meses- ≤12 meses > 12 meses
 - Nº de ciclos recibidos: ≤5 ciclos- ≤10 ciclos- > 10 ciclos.
 - Tipo de anti-EGFR: Cetuximab- Panitumumab
 - Profilaxis: Si- No
 - Radioterapia: Si- No
 - Quimioterapia: Si- No
 - Grado de Rash Pápulo pustular: Grado 0- Grado 1- Grado 2- Grado 3

Se realiza un análisis estadístico de tipo descriptivo. Para la obtención de los resultados, los datos fueron vertidos,

codificados y filtrados en una base de datos creada al efecto mediante el programa informático IBM SPSS v.20 para Windows. IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Todas las variables de tipo cualitativo se expresan mediante estadísticos descriptivos. Los datos demográficos y clínicos se expresan mediante frecuencias.

Para facilitar el análisis de los grados de Rash Pápulo Pustular (según el NCI-CTCAE) se agrupan en "poca afectación" correspondiente al *Grado 0* y al *Grado 1* y en "gran afectación" relativa al *Grado 2* y al *Grado 3*.

Las variables del cuestionario FACT-18 se agrupan acorde a los dominios (físico, emocional, funcional y social). Se analiza qué dominio tiene mayor influencia en la calidad de vida calculando la puntuación real total obtenida de los 17 participantes con respecto a la puntuación máxima posible. Para llevarlo a cabo se ha tenido en cuenta que el número de items varía en cada dominio. De esta manera, la puntuación real total de cada dominio se ha calculado sumando las respuestas de cada sujeto acorde a la escala del cuestionario (*Nada*= 0; *Un poco*=1; *Algo*=2; *Mucho*=3; *Muchísimo*=4) y de todos los items de ese dominio.

Posteriormente se calculan los items de cada dominio con mayor y menor influencia en los pacientes. Y para relacionar cada dominio con la variable sexo, se agrupan las puntuaciones obtenidas de cada dominio en "poco influyentes" (*Nada*, *Un poco* y *Algo*) y en "muy influyentes" (*Mucho* y *Muchísimo*). Para determinar si existe significación estadística entre dos variables cualitativas se calcula el índice de

Confianza (IC) y se emplea el Test exacto de Fisher debido al tamaño insuficiente de la muestra, aceptando niveles de significación estadística menores de 0,05.

Para la puesta en marcha, el estudio se evalúa y se aprueba por el Comité Ético y de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario de Burgos.

Los pacientes son informados sobre el objeto de estudio y la realización del cuestionario cuando van a recibir el tratamiento antineoplásico en el Hospital de Día Oncológico, garantizando totalmente el acceso a la investigación con carácter voluntario y anónimo¹³.

RESULTADOS

Se cumplimentaron el 100% de los cuestionarios ofrecidos, resultando los 17 cuestionarios válidos. Los datos demográficos se detallan en la Tabla 1. Los tipos de cáncer diagnosticados entre los participantes se encuentran distribuidos de forma equitativa: cáncer de recto (35,35%), cáncer de colon (35,35%) y cáncer de ORL (29,3%). Respecto al tipo de tratamiento anti-EGFR, el 58,8% de los pacientes se encuentra recibiendo *Panitumumab* y el 41,2% *Cetuximab*. Más de la mitad de los sujetos (52,9%) lleva entre 4 y 8 meses recibiendo el tratamiento y un 47,1% de la muestra ha recibido más de 10 ciclos.

Por otra parte, casi la totalidad de la muestra (94,2%) recibieron tratamiento profiláctico antes de la administración del tratamiento anti-EGFR.

VARIABLES	Nº de pacientes (%)
Sexo	
Hombres	13 (76,5%)
Mujeres	4 (23,5%)
Edad	
≤50 años	0 (0%)
>50 años	17 (100%)
Situación familiar	
Vive solo	1 (5,9%)
Vive acompañado (pareja o familia)	16 (94,1%)
Otros	0 (0%)
Nivel de educación	
Primario	6 (35,3%)
Secundario	4 (23,5%)
Universitario	7 (41,2%)
Otros	0 (0%)
Situación laboral	
Activo	
Desempleado	2 (11,8%)
Jubilado	15 (88,2%)
Otro	
Hijos	
Si	14 (82,4%)
No	3 (17,6%)
Distancia del hospital al domicilio	
Menos de 20km	13 (76,5%)
Más de 20km	4 (23,5%)

Tabla 1. Resultados demográficos.

El 100% de los participantes reciben conjunto con el tratamiento oncológico quimioterapia. No obstante, tan solo el 5,8% de los sujetos recibe radioterapia. Cabe hacer especial mención a que más de la mitad de los sujetos (52,9%) ha suspendido algún ciclo debido a la toxicidad cutánea inducida por el tratamiento anti-EGFR correspondiente al 75% de las mujeres (IC: 30% a 95,4%) y al 46,15% de los hombres (IC: 23,21% a 70,86%). Por consiguiente, al aplicar el Test Exacto de Fisher se observa que $p=0,576$, no pudiéndose

establecer significación estadística entre la suspensión del tratamiento y la variable sexo.

En relación con el Rash Pápulo Pustular (RPP), el 35,34% de los pacientes demuestra tener un *Grado 2* y tan sólo el 17,6% manifiesta tener un *Grado 0*.

Al relacionar la variable suspensión del tratamiento con el grado de RPP se puede observar cómo de los 9 pacientes que suspendieron algún ciclo debido al tratamiento anti-EGFR, el 77,78% de los sujetos (IC 95%: 45,26% a 93,68%) demuestra gran afectación (*Grado 2* y *Grado 3*) debido al RPP. En contraposición tan sólo el 25% de los pacientes que no han suspendido ningún ciclo del tratamiento (IC 95%: 7,2% a 59,07%) presenta gran afectación por RPP.

Al aplicar el Test Exacto de Fisher ($p=0,056$) se muestra que no existe significación

estadística entre los pacientes que suspendieron el tratamiento con el grado de afectación del RPP.

Por otra parte, se compara el grado de afectación del RPP los pacientes que han suspendido el tratamiento con respecto al sexo. Se constata que el 83,33% (IC 95%: 7,15% a 59%) de los hombres que han suspendido el tratamiento poseen gran afectación por el RPP, frente al 66,66% de las mujeres (IC 95%: 20,7% a 93,8%). Al emplear el Test Exacto de Fisher ($p>0,05$) no se observa significación estadística.

También se analizó el grado de RPP en relación con el tipo de fármaco antineoplásico recibido donde el 60% de los pacientes que reciben *cetuximab* presenta gran afectación (*Grado 2 y Grado 3*), frente al 42,85% de los pacientes que reciben *panitumumab*. Los datos clínicos se resumen en la Tabla 2.

VARIABLES CLÍNICAS	Nº PACIENTES (%)
Diagnóstico oncológico	
Cá. Recto	6 (35,35%)
Ca. Colon	6 (35,35%)
Ca. ORL	5 (29,3 %)
Tipo de tratamiento anti-EGFR	
Cetuximab	10 (58,8%)
Panitumumab	7 (41,2%)
Tiempo que lleva recibiendo el tratamiento	
≤ 4 meses	6 (35,3%)
≤ 8 meses	9 (52,9%)
≤ 12 meses	0 (0%)
>12 meses	2 (11,8%)
Nº ciclos recibidos	
≤ 5 ciclos	1 (5,8%)
≤ 10 ciclos	8 (47,1%)
> 10 ciclos	8 (47,1%)
Profilaxis	
Si	16 (94,2%)
No	1 (5,8%)
Quimioterapia	
Si	17 (100%)
No	0 (0%)
Radioterapia	
Si	1 (5,8%)
No	16 (94,2%)

Tabla 2: Variables clínicas.

Respecto a las 4 áreas que valora el cuestionario FACT-18, el dominio físico es el área que más se ha visto influenciado por el tratamiento oncológico con una puntuación de 159

(equivalente al 46,76% de la puntuación máxima). El ítem que mayor puntuación ha obtenido ha sido el ítem 3 relativo a *picor cutáneo o del cuero cabelludo* seguido del ítem 1, *irritación en la piel o cuero cabelludo*.

El 35,3% de los sujetos califica como "*mucho*" o "*muchísimo*" el prurito cutáneo o del cuero cabelludo experimentado en los últimos 7 días, subrayando que ningún sujeto constata ausencia completa de prurito. Por el contrario, el ítem 4 es el que menor puntuación ha obtenido, donde más de la mitad de los sujetos (58,8%) refiere no *sangrar fácilmente*. Los resultados del dominio físico se muestran en la tabla 3. Al comparar el dominio físico agrupado en "poco influyentes" (*Nada, Un poco y Algo*) y en "muy influyentes" (*Mucho y Muchísimo*) con respecto a la variable sexo se obtiene que el 85% de las mujeres (IC 95%: 63,9% a 94,7%) reflejan gran influencia debido a los síntomas físicos en su vida diaria frente al 9,33% de las puntuaciones de los hombres (IC 95%: 4,4% al

42,23%). Al aplicar el Test Exacto de Fisher se observa que $p < 0,05$, de manera que se puede establecer significación estadística entre el dominio físico y el sexo. El segundo dominio que más se ha visto influenciado ha sido el emocional con una puntuación de 117 (equivalente al

28,67% de la puntuación máxima). El ítem 7 (*el problema que tengo en la piel afecta a mi estado de ánimo*) ha sido el que más puntuación ha alcanzado.

de influencia emocional y la variable sexo.

	Item 1 Siento irritación en la piel o en el cuero cabelludo	Item 2 Tengo la piel o el cuero cabelludo seco	Item 3 Me pica la piel o el cuero cabelludo	Item 4 La piel me sangra con facilidad	Item 14 Tengo los ojos secos
Nada	0 (0%)	3 (17,6%)	0 (0%)	10 (58,8%)	2 (11,76%)
Un poco	5 (29,41%)	2(11,76%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)
Algo	6 (35,3%)	7 (41,17%)	8 (47,1%)	1 (5,9%)	9 (52,94%)
Mucho	3 (17,6%)	3 (17,6%)	2 (11,8%)	0 (0%)	3 (17,6%)
Muchísimo	3 (17,6%)	2 (11,76%)	4 (23,5%)	3 (17,6%)	0 (%)

Tabla 3. Cuestionario FACT-18.
Dominio físico.

El 47% de los participantes señala como "mucho" o muchísimo" el grado de afectación del problema cutáneo en relación con su estado de ánimo. No obstante, un 23,5% refiere que su estado de ánimo no se ha visto afectado por la toxicidad cutánea.

Los datos del dominio emocional se detallan en la Tabla 4. Si se analiza el dominio emocional con relación a la variable sexo se observa que el 32,30% de las mujeres (IC 95%: 23,57% a 57,59%) refiere gran influencia emocional en los últimos 7 días en comparación con el 12% de los hombres (IC 95%: 6,89% a 20,36%). Al aplicar el Test Exacto de Fisher ($p= 0,0037$) se puede confirmar la existencia de significación estadística entre el grado

Con respecto al dominio funcional el resultado obtenido es de 68 (equivalente al 25% de la puntuación máxima).

El ítem que más se ha visto influenciado ha sido el ítem 16 (*la sensibilidad que tengo alrededor de las uñas hace que sea difícil hacer los quehaceres del hogar*). No obstante, el ítem que menos se ha visto influenciado ha sido el 12 (*los cambios en el problema que tengo en la piel hacen que mi vida diaria sea difícil*) donde el 64,7% de los sujetos consideran que el problema cutáneo no les afecta "nada" en su vida diaria. Los datos del dominio funcional se muestran en la Tabla 5.

Al comparar el dominio funcional con la variable sexo, se contempla cómo el 62,50% de las mujeres (IC 95%: 38,64% a 81,52%) señalan gran influencia en el dominio funcional

frente al 5,77% de los hombres (IC 95%: 1,98% A 15,64%). Al aplicar el Test Exacto de Fisher ($p < 0,05$) se puede confirmar que existe significación estadística entre el grado de influencia en el dominio funcional y el sexo.

salir a lugares públicos debido al aspecto que tiene mi piel) ha sido el que menos se ha visto afectado.

Los datos del dominio social se reflejan en la Tabla 6.

	Item 5 Me molesta el cambio en la sensibilización de mi piel	Item 7 El problema cutáneo afecta a mi estado anímico	Item 9 Me da vergüenza el problema cutáneo	Item 11 Me siento poco atractivo debido al aspecto cutáneo	Item 15 Me molesta la sensibilidad alrededor de las uñas	Item 17 Me molesta la pérdida de cabello	Item 18 Me molesta el aumento de vello en la cara
Nada	10 (58,8%)	4 (23,5%)	12 (70,6%)	9 (52,9%)	4 (23,5%)	11 (64,7%)	11 (64,7%)
Un poco	3 (17,6%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	0 (0%)	3 (17%)	3 (17,6%)
Algo	2 (11,8%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	4 (23,5%)	8 (47%)	0 (0%)	1 (5,9%)
Mucho	2 (11,8%)	4 (23,5%)	1 (5,9%)	0 (0%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)	2 (11,8%)
Muchísimo	0 (0%)	4 (23,5%)	0 (0%)	1 (5,9%)	3 (17,6%)	0 (0%)	0 (0%)

Tabla 4. Cuestionario FACT-18. Dominio emocional.

Finalmente, el dominio que menos se ha visto influenciado por los participantes ha sido el social con una puntuación de 25 (equivalente al 18,38% de la puntuación máxima). El ítem 10 (*evito*

Al comparar el dominio social con el sexo se observa cómo casi la totalidad de las mujeres, el 87,50% (IC 95%: 52,91% a 97,76%) señalan gran influencia en el dominio social en comparación con los hombres. La totalidad de los hombres refieren poca

	Item 6 El problema cutáneo interfiere en el sueño	Item 12 Los cambios cutáneos dificultan mi vida diaria	Item 13 Los efectos secundarios interfieren en las labores del hogar	Item 16 La sensibilidad en las uñas dificultan los quehaceres del hogar.
Nada	11 (64,7%)	11 (64,7%)	12 (70,6%)	8 (47,1%)
Un poco	2 (11,8%)	3 (17,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Algo	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,9%)	7 (41,17%)
Mucho	1 (5,9%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)
Muchísimo	3 (17,6%)	1 (5,9%)	3 (17,6%)	1 (5,9%)

Tabla 5. Cuestionario FACT-18.
Dominio funcional.

influencia en el ámbito social (IC 95%: 0,0% a 12,87%). Al aplicar el Test Exacto de Fisher se puede confirmar que existe significación estadística entre el grado de influencia en el dominio social y el sexo.

	Item 8 El problema cutáneo interfiere en mi vida social	Item 10 Evito salir a lugares públicos debido al aspecto que tiene mi piel
Nada	11 (64,7%)	13 (76,5%)
Un poco	2 (11,8%)	1 (5,9%)
Algo	0 (0%)	0 (0%)
Mucho	3 (17,6%)	3 (17,6%)
Muchísimo	1 (5,9%)	0 (%)

Tabla 6. Cuestionario FACT-18.
Dominio social.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El FACT-18 mide de forma específica los efectos adversos del tratamiento anti-EGFR, no obstante, en otros estudios se han empleado otros instrumentos como son el Skindex-16 el Skindex-29 y el Dermatology Life Quality Index (DLQI)^{14,15}, obteniendo resultados similares.

Los resultados del presente estudio indican que no existen diferencias en cuanto al tipo de tratamiento antineoplásico recibido (*cetuximab* o *panitumumab*) con respecto al grado de RPP, puesto que ambos tienen el mismo mecanismo de acción. Sin embargo, en otros estudios se pudo observar que el 70% de los pacientes que reciben otro tipo de agentes anti-EGFR (*gefitinib* y *erlotinib*) desarrollan RPP, frente al 90% de los pacientes que se someten a tratamiento con *cetuximab* y *panitumumab*¹⁶.

Por otra parte, Rosen et al. comparó la calidad de vida entre pacientes sometidos a tratamientos convencionales y pacientes que reciben el anti-EGFR y observó que los pacientes sometidos al tratamiento anti-EGFR experimentaron un número significativamente mayor de efectos adversos ($p=0,001$), así como peor calidad de vida (medida a través del cuestionario Skindex-16) en comparación con las terapias no dirigidas.

Con relación a los pacientes que suspendieron algún ciclo debido a la toxicidad cutánea del tratamiento se observa que presentan mayor afectación del RPP (Grado 2 y Grado 3) en comparación con los pacientes que no suspendieron ningún ciclo (a pesar de que no se evidencia significación estadística). Del mismo modo, Joshi et al. demostró que el aumento de la

severidad del RPP (según el grado CTCAE) se correlaciona con el aumento del dominio físico, emocional y funcional de los resultados medidos con el cuestionario Skindex-16⁷.

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario FACT-18, se documenta que el dominio que más se ha visto afectado ha sido el dominio físico, seguido del dominio emocional. De igual manera, Andreis et al. demostró que los pacientes con cáncer de colon avanzado experimentaban mayor impacto sobre la calidad de vida en el dominio físico, (medido con el cuestionario Skindex-29)¹⁷. No obstante, en otro estudio en el que se empleó el cuestionario Skindex 16, se observó que el dominio emocional se vio más afectado que el dominio físico inducido por el tratamiento anti-EGFR⁷. Quizás esta variación es debida a que en el cuestionario Skindex 16 el dominio físico se encuentra más limitado que en el cuestionario FACT-18, puesto que en este último incluye además de los efectos adversos en la piel, las uñas y el pelo.

Tras un análisis de los ítems del cuestionario, en relación a los síntomas, el prurito o irritación cutánea es el efecto que más afecta a la calidad de vida de los pacientes, coincidiendo con el resto de los estudios publicados^{7,9,17,18}.

Con respecto al dominio de las emociones, los pacientes informan que el problema dermatológico afecta a su estado de ánimo, sin embargo, refieren no sentirse avergonzados por el problema de la piel. Esto puede ser debido a que las preocupaciones y temores acerca de la persistencia o recurrencia de la condición cutánea se ven más afectadas que la imagen personal.

Dentro del dominio funcional, la calidad de vida se ve más afectada por los efectos de la condición cutánea en los quehaceres del hogar, específicamente por la sensibilidad de alrededor de las uñas.

Por último, en el dominio social los pacientes señalan que el problema dermatológico interfiere en su vida social.

Se ha comprobado la existencia de significación estadística entre todos los dominios del cuestionario y la variable sexo en la muestra de estudio. Es decir, se ha observado que las mujeres poseen peor calidad de vida con respecto a los hombres. Del mismo modo, en una investigación similar se estableció que el subgrupo de las mujeres obtuvo puntuaciones más altas (peor calidad de vida) que el subgrupo de hombres, especialmente las mujeres de edades comprendidas entre los 55-65 años¹⁷. A pesar de que las mujeres se han visto más afectadas en todos los dominios que los hombres, no se ha podido afirmar que las mujeres abandonen más el tratamiento que los hombres. Por consecuencia, se ha reflejado cómo casi la totalidad de los hombres que han abandonado el tratamiento ha sido por demostrar una gran afectación de rash papulopustular. Por lo tanto, se podría establecer que a los hombres les afecta de igual forma los efectos del tratamiento que a las mujeres, sin embargo, las mujeres autoperceben peor su estado de salud.

Por otra parte, se observa como casi la totalidad de la muestra (94,2%) recibe tratamiento profiláctico antes de la administración del tratamiento anti-EGFR. No obstante, en otro estudio se comparó un grupo de pacientes que recibían tratamiento profiláctico (grupo preventivo) con pacientes que no recibían profilaxis (grupo reactivo) y se demostró que la incidencia de

toxicidades cutáneas específicas de grado 2 se redujo en más del 50% en el grupo preventivo. El tratamiento preventivo consistía en el uso de crema de protección solar, así como, en la administración de corticoides y doxaciclina. Además, se documentó que los pacientes del grupo preventivo presentaban menor deterioro de la calidad de vida que los pacientes del grupo reactivo¹⁸.

En base a estas consideraciones, resulta impactante que a pesar de que la gran mayoría de los sujetos de este estudio recibe tratamiento profiláctico, más de la mitad de los pacientes (52,9%) ha suspendido algún ciclo debido a la toxicidad cutánea inducida por el tratamiento. En consecuencia, se pretende resaltar la importancia de aplicar medidas preventivas que optimicen las terapias del tratamiento antineoplásico, favorezcan la adhesión al tratamiento y con ello, la supervivencia del paciente.

La gran limitación de este proyecto es la muestra, la cual no es representativa. No obstante, se pueden evidenciar resultados que, a pesar de no tener significación estadística, sí tienen relevancia clínica en la muestra estudiada. Hubiese sido conveniente prolongar el período de tiempo en la recogida de datos o realizar un estudio de tipo longitudinal para evaluar los cambios que experimentan los pacientes a lo largo del tiempo.

Se ha empleado la clasificación de gravedad NCI- CTCAE en el RPP, no obstante, no se han considerado otros efectos adversos como son la xerosis, paroniquia, mucositis, telangiectasias o alopecia debido a la falta de registro en la historia clínica de cada paciente.

La ausencia de trabajos de investigación sobre el objeto de estudio en el ámbito nacional ha impedido comparar los resultados obtenidos con otros estudios de similares características socioculturales.

El presente estudio pone de manifiesto la importancia de una adecuada gestión del paciente oncológico debido a que como se ha demostrado, la calidad de vida de los pacientes se ve influenciada negativamente debido al tratamiento anti-EGFR. Se debe hacer especial mención a los síntomas físicos que experimentan los sujetos, especialmente al rash papulo pustular y al prurito. Para ello, es fundamental llevar a cabo un abordaje multidisciplinar donde participen de forma conjunta oncólogos, enfermeras, dermatólogos, farmacéuticos, etc, para abordar los eventos adversos derivados del tratamiento. Sin embargo, en la actualidad no existen recomendaciones universales para tratar las toxicidades específicas asociadas al tratamiento anti-EGFR^{19,20,21}. Las recomendaciones que existen actualmente se basan en la opinión de expertos por consenso. Por lo tanto, es necesario que se lleven a cabo investigaciones exhaustivas para el desarrollo de estrategias racionales y efectivas sobre la prevención y tratamiento de los eventos adversos en los pacientes oncológicos.

Por otra parte, el papel de la enfermería desempeña una función vital en el bienestar emocional del paciente. Se debe informar a los pacientes antes de recibir la terapia sobre los posibles efectos secundarios que puedan derivarse, así como se debe enseñar a adoptar comportamientos proactivos de protección cutánea para minimizar el grado de toxicidad dermatológica.

Por otro lado, habría que dedicar una especial atención a aquellos grupos de pacientes que pudiesen verse más

afectados por el impacto de los efectos adversos, como es en el caso de las mujeres, donde el apoyo emocional resulta imprescindible. Se debería investigar el motivo por el cual las mujeres experimentan peor calidad de vida, a pesar de tener los mismos efectos secundarios que los hombres y determinar si una buena educación antes y durante el tratamiento influye positivamente en la calidad de vida.

Sería interesante evaluar si otras características de los pacientes estudiados, aparte de la variable sexo, se correlacionan significativamente con la calidad de vida de los pacientes, como podría ser la edad, y así, determinar otros grupos de pacientes que requieran de atención adicional. En este estudio no se ha podido establecer esa relación debido a que la totalidad de los pacientes eran mayores de 50 años.

Se puede concluir que se han logrado los objetivos planteados al comprobar cómo la calidad de vida de los pacientes oncológicos se ve afectada por los efectos adversos derivados del tratamiento anti-EGFR, estableciendo los factores que más influyen e identificando aquellos grupos que requieren de una especial atención.

REFERENCIAS:

1. Dalmases A, Rojo F, Rovira A, Albanell J. [The use of targeted therapies in oncology and their impact in the design of clinical trials: epidermal growth factor receptors 1 and 2 as a paradigm]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2013;141(4):176–80.
2. Esquirol Causa J HVE. Factor de Crecimiento Epidérmico (EGF): Innovación y Seguridad. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2014;1–8.
3. Achell L, Hierro S, Maya I. Manejo y prevención de efectos secundarios al empleo de un anticuerpo monoclonal inhibidor de la señal de los receptores del factor de crecimiento epidérmico. *Gac Mex Oncol* [Internet]. 2016;15(1):31–39.
4. Tischer B, Huber R, Kraemer M, Lacouture ME. Dermatologic events from EGFR

- inhibitors: the issue of the missing patient voice. *Supportive Care Cancer* [Internet]. 2017;25(2):651–60.
5. Chanprapaph K, Vachiramon V, Rattanakaemakorn P. Epidermal growth factor receptor inhibitors: A review of cutaneous adverse events and management. *Dermatol Res Pract* [Internet]. 2014;2014.
 6. Leporini C. Management of dermatologic toxicities associated with monoclonal antibody epidermal growth factor receptor inhibitors: A case review. *J Physiol Pharm Pharmacol*. 2011;1(1):35–9.
 7. Joshi SS, Ortiz S, Witherspoon JN, Rademaker A, West DP, Anderson R, et al. Effects of epidermal growth factor receptor inhibitor-induced dermatologic toxicities on quality of life. *Cancer*. 2010;116(16):3916–23.
 8. Holcman M, Sibilia M. Mechanisms underlying skin disorders induced by EGFR inhibitors. *Mol Cell Oncol* [Internet]. 2015;2(4): e1004969.
 9. Rosen AC, Case EC, Dusza SW, Balagula Y, Gordon J, West DP, et al. Impact of dermatologic adverse events on quality of life in 283 cancer patients: A questionnaire study in a dermatology referral clinic. *Am J Clin Dermatol*. 2013;14(4):327–33.
 10. Developed D. Guidelines - Prevention and treatment of rash in patients treated. 2012;1–16.
 11. Schwartzmann L. Health-related quality of life: conceptual aspects. 2003;(2):9–21.
 12. Wagner LI, Berg SR, Hlubocky FJ, Aneja M, Cella D, Lacouture ME, Lynne I, Wagner, Sara R, Berg, Mona Gandhi, Fay J, Hlubocky, Kimberly Webster, Monika Aneja, David Cella & Mario E. Lacouture. Dev a Funct Assess Cancer Ther Quest to assess dermatologic symptoms Assoc with epidermal growth factor Recept Inhib [Internet]. 2013;21(4):1033–41.
 13. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, p. 43088-43099.
 14. Chan A, Cameron MC, Garden B, Boers-Doets CB, Schindler K, Epstein JB, et al. A systematic review of patient-reported outcome instruments of dermatologic adverse events associated with targeted cancer therapies. *Support Care Cancer*. 2016;23(8):2231-44.
 15. Chren MM. The Skindex Instruments to Measure the Effects of Skin Disease on Quality of Life. *Dermatol Clin* [Internet]. 2013;30(2):231–6.
 16. Thaler J, Karthaus M, Mineur L, Greil R, Letocha H, Hofheinz R, et al. Skin toxicity and quality of life in patients with metastatic colorectal cancer during first-line panitumumab plus FOLFIRI treatment in a single-arm phase II study. *BMC Cancer* [Internet]. 2012;1–10.
 17. Andreis F, Rizzi A, Mosconi P, Braun C, Rota L, Meriggi F, et al. Quality of life in colon cancer patients with skin side effects: preliminary results from a monocentric cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2010;1–7.
 18. Lacouture ME, Mitchell EP, Piperdi B, Pillai M V, Shearer H, Iannotti N, et al. Skin Toxicity Evaluation Protocol with Panitumumab (STEPP), a Phase II, Open-Label, Randomized Trial Evaluating the Impact of a Pre-Emptive Skin Treatment Regimen on Skin Toxicities and Quality of Life in Patients with Metastatic Colorectal Cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2010 Mar 10;28(8):1351–7.
 19. Hofheinz RD, Deplanque G, Komatsu Y, Kobayashi Y, Ocvirk J, et al. Recommendations for the Prophylactic Management of Skin Reactions Induced by Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors in Patients With Solid Tumors. *The Oncologist*. 2016; 21:1483–91.
 20. Sinclair R. Anticipating and managing the cutaneous side effects of epidermal growth factor receptor inhibitors. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2014;10(1):11–7.
 21. Mandala M, Massi D, De Giorgio V. Cutaneous toxicities of BRAF inhibitors clinical and pathological challenges and call to action. *Oncol Hematol* [Internet]. 2013;88(2):318–37.

Original breve

Validación de una versión reducida del Cuestionario de Estilos de Respuesta Parental (CERP-R) frente a la enfermedad de un hijo.

Validation of a reduced version of the Parental Response Styles Questionnaire (CERP-R) in face of a child's illness

Blanca Egea Zerolo¹, Cristina García-Vivar^{2,3}, Juan Pedro Núñez-Partido⁴,
Paula Visedo¹, Carlos Pitillas-Salvá⁴

1. Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.
2. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra.
3. IdiSNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra.
4. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.



RESUMEN

Tener un hijo con una enfermedad grave puede ser muy estresante para los padres. Con el objetivo de ofrecer a los profesionales de la salud un sistema preciso y de fácil aplicación para detectar diferentes respuestas parentales frente a la enfermedad del hijo, se creó una versión breve del Cuestionario de Estilos de Respuesta Parental (CERP).

Objetivo: Analizar la fiabilidad y la validez de una versión reducida del CERP en una muestra de padres de niños y adolescentes con enfermedad crónica.

Metodología: Se analizaron las características psicométricas (validez, fiabilidad y análisis factorial) de una versión reducida a 16 ítems de la versión

original del CERP, que mide principalmente cuatro formas de respuesta parental negativa frente a la enfermedad del hijo: desgana/disforia, irritabilidad/rechazo, sobreprotección y percepción de desajuste. La muestra estuvo compuesta por 28 padres y madres de un hijo enfermo.

Resultados: El análisis de fiabilidad de la versión reducida (CERP-R) mostró un índice de consistencia interna alto. En los datos globales del cuestionario no hay diferencias estadísticamente significativas entre padres y madres de las mismas parejas en cuanto a su puntuación global. En el análisis por factores, las respuestas de disforia/desgana son significativamente más altas en madres, mientras que la

sobreprotección es significativamente superior entre padres.

Conclusión: El CERP-R analiza las diferencias en las respuestas afectivas de los padres y madres frente a la enfermedad del hijo. Es un instrumento fiable y válido, que permite medir los diferentes estilos de respuesta parental, de cara a planificar intervenciones familiares.

Palabras clave: Familia, pediatría, enfermedad crónica, padres, afrontamiento

ABSTRACT

Having a child with a serious illness can be very stressful for parents, since they have to face overwhelming emotions in addition to other challenges. To offer health professionals a precise and user-friendly measure to detect different parental responses in face of the child's illness, a brief version of the Parental Response Styles Questionnaire (CERP) was created.

Objective: To analyze the reliability and validity of a brief version of CERP (CERP-R) in a sample of parents of children and teenagers affected by chronic disease.

Methodology: Analysis of the psychometric characteristics of the reduced version of the CERP, which measures four factors: apathy/dysphoria, irritability/rejection, overprotection, and perception of maladjustment, were conducted. The sample was composed of 28 fathers and mothers who have a child with a chronic disease.

Results: The analysis of the brief version of CERP (CERP-R) showed a high internal consistency index. In regard to the measure's global score

there were no significant differences between fathers and mothers of the same couple. A comparison by factors indicated that the dysphoria/apathy responses are significantly higher in mothers, while overprotective responses were significantly higher among fathers.

Conclusion: CERP-R enables an assessment of different parental responses in faces of the child's illness that both fathers and mothers may display. It is a reliable and valid instrument that may be used to measure different styles of parental response in order to plan interventions tailored to the needs of each family.

Keywords: Families, pediatric, chronic illness, parents, coping

INTRODUCCIÓN

Tener un hijo con una enfermedad grave puede ser muy estresante para los padres ya que tienen que enfrentar emociones abrumadoras además de otros desafíos.⁽¹⁾

El psicólogo americano John S. Rolland, en su libro "Familias, enfermedad y discapacidad", analiza cómo, cuando las familias se ven confrontadas con una enfermedad de larga duración o discapacidad de alguno de sus miembros, se produce un impacto emocional que afecta a todos los miembros de la familia. Además de dicho impacto emocional, las crisis de salud serias pueden hacer que los familiares tomen conciencia de las oportunidades de crecimiento familiar. Así, pueden darse cambios en el nivel de satisfacción, en la perspectiva vital, en los valores, en las estrategias de afrontamiento, entre otras. Es decir, una familia puede verse fortalecida por la enfermedad y sus demandas.⁽²⁾

Probablemente, la diferencia entre caminos de traumatización y caminos de crecimiento familiar depende en buena

medida de la atención que la familia recibe a manos del personal sanitario en general, y de los profesionales de enfermería en particular. Creemos que todo modelo terapéutico que pretenda ser útil debe fomentar las posibilidades de crecimiento que abre una enfermedad y no solamente las desventajas y riesgo que ésta conlleva. ⁽²⁾ Esta relevancia de lo familiar en el área de la pediatría se pone de relieve en varias dimensiones. Una de ellas concierne a la posible influencia de las respuestas de los padres sobre la experiencia y la adaptación del niño enfermo.

En la tesis doctoral sobre el funcionamiento parental y estrés postraumático infanto-juvenil en supervivientes de cáncer pediátrico ⁽³⁾, Pitillas explora la asociación entre diferentes estilos de respuesta de los padres frente a la enfermedad del hijo y la aparición de síntomas de estrés postraumático (EPT) en el hijo superviviente de cáncer u otras enfermedades (tales como la diabetes o las alergias alimentarias severas). ⁽³⁾

Las dificultades del cuidador para ofrecer al niño respuestas estables, contenidas y que ofrezcan seguridad podrían producir situaciones de desregulación o respuestas pobres de afrontamiento emocional, que se asocian con mayores niveles de estrés postraumático en el hijo, a largo plazo ⁽⁴⁾. También Landolt, en su estudio longitudinal sobre la influencia recíproca de la sintomatología postraumática entre padres e hijos adolescentes afectados por diversas enfermedades, demostró que los procesos de recuperación postraumática de los hijos, un año después de la enfermedad, están negativamente influenciados por el estrés postraumático de los cuidadores durante la enfermedad. ⁽⁵⁾

Estos estudios explican un posible efecto modulador de las respuestas

emocionales y de afrontamiento de los cuidadores respecto al impacto del trauma sobre el niño ⁽³⁾. Por ello, la familia constituye una parte importante del cuidado de la salud de los niños con enfermedades crónicas y avanzadas, y debe ser considerada como compañera del equipo de salud, por ser la responsable del cuidado directo del niño y adolescente. ⁽⁶⁾

En este contexto, el equipo de salud, en el que los profesionales de enfermería juegan un rol imprescindible, necesita conocer la situación de los padres ante la enfermedad del hijo para poder adaptar los cuidados y promover la salud del niño y de su familia. ⁽⁷⁾ La enfermería reconoce la necesidad de involucrar a la familia en su práctica asistencial, ya no sólo por la evidencia, sino también por los retos a los que se enfrenta los profesionales en su experiencia clínica. ⁽⁸⁾ Si tenemos en cuenta la evidencia más reciente, puede resultar muy útil para las enfermeras conocer y ser capaz de discriminar diferentes patrones de respuesta emocional de los padres frente a la enfermedad del hijo.

El Cuestionario de Estilos de Respuesta Parental CERP se creó con el objetivo de ofrecer a los profesionales de la salud un sistema preciso y de fácil aplicación para detectar diferentes respuestas parentales frente al malestar expresado del niño o adolescente en el marco de una enfermedad significativa ⁽³⁾. El idioma original es el español y en total consta de 33 ítems, que deben responder el padre y/o madre del paciente, dividido en 6 factores: Desbordamiento, irritabilidad/rechazo, desgana, sobreprotección, confusión/percepción de desajuste, protección activa.

La evaluación psicométrica del CERP se basó en datos de 568 cuidadores de niños con diferentes enfermedades crónicas, y arrojó resultados positivos

en cuanto a la fiabilidad y validez del instrumento para el contexto español⁽³⁾ Existen pocos instrumentos de medida de manejo familiar en el contexto de la enfermedad crónica del niño. Por este motivo, y dados los buenos resultados de cuestionario CERP original, se decidió realizar una versión reducida de 16 ítems, para facilitar el uso y la accesibilidad de los profesionales que trabajan con familias con hijos con diferentes enfermedades crónicas y avanzadas.

OBJETIVO

Analizar la fiabilidad y la validez de la versión reducida del CERP en una muestra de padres de niños y adolescentes con enfermedad crónica.

MÉTODO

Se analizaron la fiabilidad y validez de una versión reducida a 16 ítems (denominada CERP-R) de la versión original del CERP (que consta de 33 ítems). Para ello se escogieron los ítems que habían mostrado mayor consistencia interna en las pruebas de fiabilidad del instrumento original. Las preguntas se responden en una escala tipo Likert de 4 niveles: nunca, rara vez, con frecuencia, casi siempre.

La muestra estuvo compuesta por 119 madres y 58 padres que tienen un hijo con una cardiopatía congénita compleja, asociadas a la Fundación Menudos Corazones. Esta fundación envió por correo electrónico a las familias que cumplían los criterios de inclusión, una carta en la que se les explicaba los objetivos y en el que se les daba la oportunidad de participar en el estudio. Además, se añadía, el enlace online al cuestionario y al consentimiento informado

La media de edad de los padres fue de 45 años y las madres 42 años. Aunque la Fundación Menudos Corazones es de

ámbito nacional, el 43,7% de los padres y madres son de la Comunidad de Madrid, pero hay representadas familias de 33 provincias diferentes.

El análisis estadístico de fiabilidad y validez del instrumento se realizó únicamente sobre las 14 parejas (matrimonios). Con esto permitíamos que los resultados fueran más ajustados ya que ambos progenitores se referirían al mismo hijo con sus condiciones de enfermedad, sociales y familiares, limitando así el efecto de posibles variables extrañas.

Consideraciones éticas

El proyecto original fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Universidad Pontificia Comillas. Aun así, y dadas las recomendaciones de este comité y por la naturaleza clínica del estudio, el proyecto se presentó al CEIC del Hospital Clínico San Carlos recibiendo un dictamen favorable.

RESULTADOS

Características psicométricas del instrumento:

Análisis de fiabilidad: El CERP-R mostró un índice de consistencia interna alto, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,85.

Para el análisis factorial confirmatorio correspondiente se utilizó el índice de Kaiser Meyer Olkim, que indica el grado de intercorrelación de las variables.

Tras el análisis factorial se confirmó, que la versión reducida CERP-R mide principalmente cuatro factores, a los que corresponden los siguientes ítems (Los resultados se detallan en la Tabla 1):

El factor 1: Desgana/Disforia: (ítems 1, 2, 8, 13, 15, 16), incluye respuestas en el espectro de los fenómenos depresivos.

El factor 2, Irritabilidad/Rechazo: (ítems 4, 10, 11), agrupa las respuestas de ira o malestar hacia el niño o la propia parentalidad durante el tratamiento del hijo.

negativas sobre las conductas difíciles del niño durante el tratamiento.

La versión definitiva del CERP-R se adjunta en la Tabla 2.

Matriz de componente rotado

	Componente			
	1	2	3	4
item16	,832	,101	,167	,124
item13	,699	,208	,235	
item15	,687		,234	
item1	,687	,220		,186
item8	,579	,262	,169	,134
item10		,845	,196	
item11	,304	,714	,251	,162
item4	,331	,685	,189	
item2	,350	,494	-,272	,325
item3	,384	,242	,630	
item5	,302	,195	,601	
item14	,254	,401	,539	,136
item7			,482	,353
item12		-,110	,282	,806
item6	,270		,246	,708
item9		,138	-,200	,562

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

Tabla 1: Análisis Factorial de la versión reducida del CERP.

El factor 3, Sobreprotección: (ítems 6, 7, 9, 12), incluye respuestas definidas por la indulgencia, la preocupación y una tendencia a cuidar proactivamente del niño, aunque éste no lo necesite en el momento presente.

El factor 4, Percepción de desajuste: (ítems 3, 5, 14), queda definido por las dificultades para comprender el malestar del niño, así como por una tendencia a realizar atribuciones

Comparativa de las puntuaciones totales del CERP-R entre padres y madres

La puntuación global obtenida en el CERP-R es un indicador de la magnitud de respuestas parentales negativas (basadas en la desgana, la irritabilidad, la sobreprotección, etc.) que pueden desplegar los padres frente al hijo enfermo. Lo primero que se realizó es la comparativa de padres y madres (14 parejas) de los resultados globales del CERP-R. Aunque hay más dispersión de datos en las madres que en los padres,

las dos medianas son muy parecidas y no hay diferencias estadísticamente significativas entre padres y madres de las mismas parejas en la puntuación global del CERP-R ($p=0.66$).

Tabla 2: Cuestionario versión reducida “Estilo de respuesta parental” (CERP).

Factor	Nombre	Nº Ítem	Ítem
1	Desgana/Disforia	15	En algún período desde el comienzo de la enfermedad, ¿Está siendo difícil seguir cuidando de sí mismo/a? (por ejemplo: seguir haciendo cosas placenteras para usted, arreglarse, descansar, etc.)
		16	¿Hay momentos en que la atención que presta a los aspectos médicos de su hijo/a (síntomas, medicinas...) le quitan tiempo para divertirse con él/ella?
		13	Desde la enfermedad, ¿Nota en alguna época que tiene menos ganas de hacer las cosas que antes le apetecían?
		1	¿Le ve su hijo/a pasarlo muy mal a usted por culpa de la enfermedad?
		8	¿Le resulta difícil disimular su preocupación frente a su hijo/a?
		2	¿Con qué frecuencia se muestra triste delante de su hijo/a por cualquier razón?
2	Irritabilidad	4	¿Con qué frecuencia pierde ligeramente la paciencia cuando su hijo/a se muestra alterado?
		10	¿Con qué frecuencia se llega a enfadar con su hijo/a cuando las quejas de éste/a son demasiado persistentes?
		11	¿Con qué frecuencia nota que no puede evitar alterarse ante el malestar de su hijo/a?
3	Sobreprotección	6	¿Ha sido o es usted más permisivo/a con su hijo/a porque él/ella está pasando por demasiado?
		12	Para que su hijo/a se sienta lo mejor posible, ¿trata de darle casi todo lo que desea en cada momento?
		9	¿Quiere hacer todo lo posible para reducir el malestar de su hijo/a?
		7	Cuando algún otro niño lo estaba pasando mal, ¿intenta que su hijo/a no se fije en ello?
4	Percepción de desajuste	3	¿Se le hacen difícil de comprender algunas reacciones de su hijo/a en casa o en el hospital?
		5	Consolar a su hijo/a cuando lo pasa mal ¿resulta una tarea difícil?
		14	¿Siente que el comportamiento de su hijo/a es desordenado y/o impredecible?

Comparativa de las puntuaciones por factores del CERP-R entre padres y madres

Además de la magnitud global de respuestas parentales negativas, el CERP-R ofrece puntuaciones discriminadas para cada estilo de respuesta parental específico.

En el gráfico 1 se representan, en detalle, los resultados de la comparativa de padres y madres (parejas) de los factores del CERP-R.

Los resultados indican que las respuestas de disforia/desgana son significativamente más altas en madres.

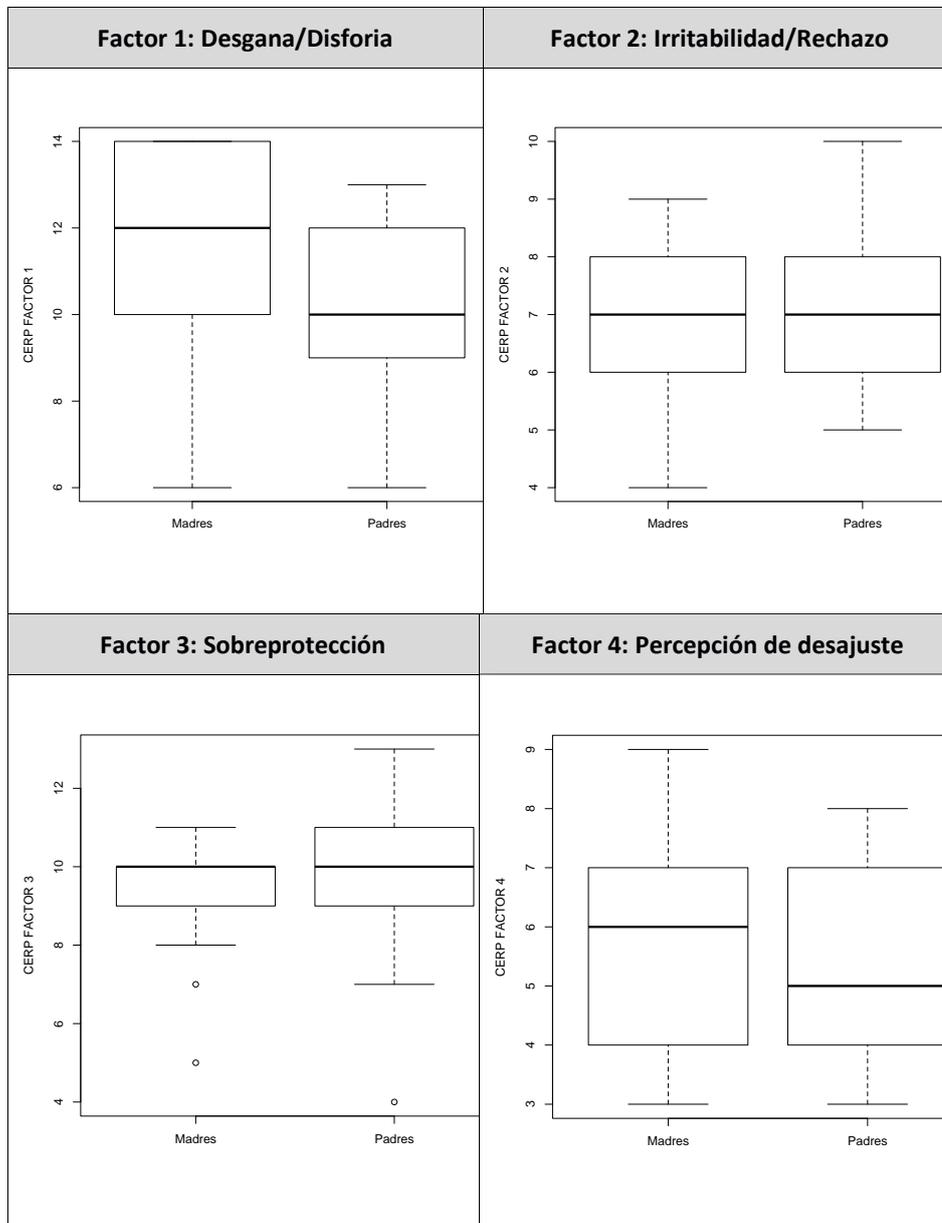


Gráfico 1: Comparativa padres/madres de los 4 factores del cuestionario de los Estilos de respuesta parental (CERP).

Mientras que las respuestas de sobreprotección arrojaron resultados significativamente superiores entre padres.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Tener un hijo enfermo puede ser muy estresante para los padres y madres, que tienen que enfrentar emociones abrumadoras y también desafíos físicos, sociales, etc. Aunque a largo plazo, la mayoría se adaptan con éxito a vivir con un hijo enfermo (1).

Generalmente, la pareja busca de forma más o menos consciente, mecanismos compensatorios para afrontar la enfermedad del hijo en cada una de las etapas de la enfermedad (9). La experiencia clínica nos enseña que, si uno de los dos está más triste o deprimido, el otro tenga la iniciativa de afrontar con más fuerza el momento y en otras ocasiones sea al revés.

Los análisis estadísticos realizados sobre nuestra muestra con el CERP-R no arrojan diferencias estadísticamente significativas entre padres y madres en cuanto a estilos de respuesta parental. Analizando los factores concretos, se evidencia que existe una mayor diferencia en la respuesta parental, siendo por ejemplo la desgana/disforia (factor 1) más elevado en las madres, y en cambio la sobreprotección (factor 3) es más elevado en los padres. Analizando más en detalle la sobreprotección de las parejas, se observó que cuando los padres mostraban puntuaciones altas en este factor, las madres tendían a ser menos sobreprotectoras, lo que sugiere la existencia de una dinámica compensatoria en el seno de la pareja. En cambio, en rangos intermedios, ambos progenitores mantenían puntuaciones parecidas. En lo referido a la irritabilidad/rechazo (factor 2) y la percepción de desajuste (factor 4), ambos progenitores presentan puntuaciones parecidas.

El CERP-R permite analizar las diferencias en las respuestas afectivas de los padres y madres como mecanismos naturales de compensación

dentro de la pareja, y así podemos incorporar a la atención sanitaria una normalización de estas diferencias, una desestigmatización de las mismas, y un apoyo emocional que atienda a la diversidad de necesidades dentro de la pareja. La atención y el apoyo por parte de los profesionales de la salud a los dos miembros de la pareja, se convierte en un elemento básico para el ajuste y la convivencia familiar.

El presente estudio evidencia que el CERP-R, en su versión reducida de 16 ítems, es un instrumento fiable y válido, que puede ser utilizado para medir los diferentes estilos de respuesta parental de los padres que tienen un hijo enfermo, de cara a planificar intervenciones a medida de las necesidades de cada familia.

Referencias:

- (1) Kolaitis GA, Meentken MG, Utens, Elisabeth M. W. J. Mental Health Problems in Parents of Children with Congenital Heart Disease. *Front Pediatr* 2017; 5:102
- (2) Rolland JS editor. Familias enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa; 2000.
- (3) Pitillas C. Funcionamiento parental y estrés postraumático infanto-juvenil. Estudio sobre una muestra de supervivientes de cáncer pediátrico. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2013.
- (4) Ochoa B, Lizasoain O. Repercusiones familiares originadas por la enfermedad y la hospitalización pediátrica. *Bibliid.* 2003; 5:87-99.
- (5) Landolt MA, Ystrom E, Sennhauser FH, Gnehm HE, Vollrath ME. The mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in pediatric patients. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(7):767-774.
- (6) Gorgos A, Ghosh S, Payot A. A shared vision of quality of life: Partnering in decision-making to understand families' realities. *Paediatr Respir Rev* 2018 Sep; 29:14-18

(7) Garcia Bezerra Góes F, La CavaII AM. Practicas educativas en salud del enfermero con la familia del niño hospitalizado. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(4):942-951.

(8) Canga-Armayor A, Canga N, Garcia-Vivar C. Enfoque sistémico familiar: necesidad de formación para los profesionales de la salud. In:

Arregui P, González A, Montoro C, editors. Familia y sociedad en el siglo XXI Madrid: Dykinson; 2016. 95-102.

(9) Uzark K, Jones K. Parenting stress and children with heart disease. J Pediatr Health Care 2003; 17:163-68.



Perspectiva

2020, el año de la enfermera.

Lo que hubiera podido ser y no ha sido: *NursingNow*

Nuria Domenech-Climent

Editora Revista SEEO

nuria@nuriadomenech.es



Este año, coincidiendo con el aniversario de los 200 años del nacimiento de Florence Nightingale (enfermera, escritora y estadística británica, considerada precursora de la enfermería profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería), la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró el **2020** como el ***año Internacional de las Enfermeras y Matronas*** y que tiene su origen en un movimiento mundial denominado *NursingNow*.

NursingNow es una iniciativa puesta en marcha por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), organismo que representa a 20 millones de enfermeras de todo el mundo, que surge del informe titulado “*The triple Impact*” realizado por la Cámara de los Lores del Parlamento Británico y publicado en 2016.

El informe del Triple Impacto concluye que si se potencia e invierte en Enfermería se obtienen tres resultados concretos: la mejora del cuidado del paciente y de la salud de la población, la mejora en la equidad de género y la mejora de la economía de los países implicados. Un movimiento global para que, desde los distintos países y sus contextos sanitarios, se tome en cuenta la participación plena de las enfermeras como contribución necesaria para la consecución de la salud de los ciudadanos.

En base a este movimiento, en todos los países del mundo se pusieron en marcha proyectos y actividades con el doble objetivo de, por un lado, aumentar la visibilidad de la labor que llevan a cabo las enfermeras en todos los ámbitos y niveles asistenciales donde trabajan; y por el otro, promover su acceso a los puestos de alta dirección donde se toman las decisiones importantes respecto al ámbito de salud.

En España, el movimiento *NursingNow* consiguió la creación de grupos de trabajo en ocasiones liderados por colegios de enfermería, por asociaciones científicas, por comunidades autónomas e incluso por departamentos de salud; todos ellos unidos para lograr la visibilidad de la enfermería.

Poco nos imaginábamos que esa visibilidad no iba a ser fruto de nuestras actividades sino a la interrupción en nuestras vidas de un invisible microorganismo que iba a poner en jaque no sólo a la capacidad de nuestro sistema sanitario, sino que iba a transformar nuestra sociedad también a nivel político, económico y social.

La pandemia por el COVID19 es una de las mayores tragedias humanas y sanitarias que ha vivido la humanidad en los tiempos modernos. Nuestro sistema de salud (y también el de muchos países) se ha visto profundamente afectado por el alcance de esta crisis sanitaria. En pocos días, los/as profesionales del ámbito sanitario nos vimos asistiendo a pacientes y familiares afectados por el COVID, sin medios, sin recursos materiales y con escasos recursos humanos.

En esta crisis las enfermeras hemos estado en primera línea en un escenario laboral donde la prioridad era proporcionar un cuidado integral de calidad, con la máxima competencia, pero manteniendo una presión asistencial sin precedentes y en condiciones, muchas veces, no tan solo desfavorables, sino perjudiciales para la salud de las/os propios trabajadores.

La población, consciente del esfuerzo que los/as profesionales de la salud estaban realizando tomaron la iniciativa de salir a aplaudir a los balcones como reconocimiento a su labor. Reconocimiento que se hizo extensible a otras profesiones que, en momentos de estado de alarma y confinamiento de toda la población, estaban dando lo mejor de sí para paliar esta crisis.

Todas las actividades, jornadas, seminarios, actos científicos que estábamos planificando para hacer visible a la sociedad nuestro rol en la sanidad y nuestras reivindicaciones, pasaron a olvidarse en el fondo de un cajón. El movimiento *NursingNow* se esfumó, ha desaparecido y quedó tan vacío como nuestras calles durante el confinamiento.



Hemos tenido el reconocimiento de la sociedad, hemos tenido el reconocimiento de algunos políticos y hasta hemos escuchado discursos de altos cargos de gobierno donde se reconocía el valor de las enfermeras. Pero poco ha durado este reconocimiento o, como diría algún amante del refrán, “obras son amores y no buenas razones”.

Y aquí nos encontramos, presentes en un altar, ensalzadas como santas y heroínas, pero relegadas como cenicienta, sin poder acudir al baile de Palacio. Porque sí se nos ha reconocido en los balcones o en las conferencias a la prensa o en periódicos que venden exclusivas mediáticas; pero todavía no se nos tiene en cuenta cuando se configuran comités de expertos, no se nos llama cuando se deciden políticas sanitarias, no estamos cuando se planifican cuidados, no se nos pregunta cuando se trata de conocer dónde se han cometido errores, no se nos reconoce toda la reorganización de equipos y de espacio que hemos llevado a cabo en los centros de salud, en las salas de hospitales con pocos recursos y mucha carga asistencial. No se nos pregunta acerca del sufrimiento de los afectados. Y seguimos sin aportar nuestra ciencia del cuidado, seguimos sin dar nuestro punto de vista como profesionales mayoritarios en nuestro sistema de salud.

Y a veces, nosotras mismas, las propias enfermeras olvidamos que es necesario reivindicar y ponernos en valor. El movimiento NursingNow debe seguir. Y debe seguir mientras existan leyes obsoletas, mientras existan impedimentos normativos que imposibilitan el acceso de una enfermera a puestos de gestión porque la norma está anticuada, *“sólo se permite el acceso a puestos de gerencia a profesionales AI”*; y nadie ha tenido “tiempo” de actualizarla a las nuevas leyes del sistema universitario (más conocido como Plan Bolonia) que, por cierto, se aprobó en 2007 y donde se especifica la nueva ordenación académica con la desaparición de licenciaturas y diplomaturas y donde se determina la

nueva estructura de la enseñanza superior que se divide en tres niveles: Grado, Máster y Doctorado. Les invito a que consulten y conozcan los repositorios documentales de las investigaciones doctorales llevadas a cabo por enfermeras.

Y debemos seguir porque en 2005 se aprobaron las especialidades enfermeras, pero todavía no hay leyes ni normativas que obliguen a crear plazas para esas especialidades. Y debemos seguir porque las enfermeras de España contamos con uno de los mejores Planes de estudio de enfermería del mundo, disponemos de especialidades enfermeras en vigor y hemos desarrollado la capacidad de prescripción, pero nuestros políticos y gestores no acaban de aprovechar el potencial enfermero, no se permite a las enfermeras trabajar al máximo de sus conocimientos y habilidades y la población no recibe estos beneficios como se merece.

Las enfermeras españolas representamos más de la mitad de toda la fuerza laboral sanitaria, y, sin embargo, a menudo no estamos presentes en las mesas donde se toman las decisiones sobre políticas de salud (recientemente excluidas del Comité de Expertos para la reconstrucción económico-social tras la Pandemia).

Tenemos un 38% menos de enfermeras que la media europea y ocupamos el quinto puesto por la cola, sólo por delante de Letonia, Chipre y Grecia. En España, se necesitan 131.040 enfermeras más de las que tiene actualmente, para alcanzar la ratio europea, y mejorar las condiciones laborales, especialmente

mergadas en nuestro contexto en los últimos años teniendo en cuenta su impacto en la seguridad del paciente. El refuerzo de las enfermeras traería consigo los beneficios adicionales de promover la equidad, mejorar la salud y contribuir al crecimiento económico.

Sí. La campaña NursingNow y el año de la enfermera debe seguir. Porque es necesario dar a conocer nuestra realidad y visibilizar los cuidados que realizamos en todo el ciclo vital de las personas, desde su nacimiento hasta su muerte, las 24 horas del día y todos los días del año.

Queremos hacer constar nuestra contribución crucial como enfermeras en distintos ámbitos, no sólo en el hospitalario, también en el de la salud pública, en la comunidad, en el medio laboral y en los colegios, demostrando la contribución de las enfermeras a la salud y el bienestar de la población.

Queremos mostrar nuestra amplia visión de los problemas de salud de la población, aportar nuestros cuidados, nuestro enfoque bio-psico-social con el objetivo de alcanzar la salud y disminuir condiciones de inequidad.

Queridas enfermeras, NursingNow es la excusa necesaria para tomar la posición al respecto de nuestras responsabilidades, la atención y el cuidado, la promoción y educación de la

salud, el análisis de la situación y la detección de problemas y determinantes que beneficien la salud de nuestra población.

Queridos gestores y políticos/as, deben tener el objetivo de poner en marcha políticas, leyes y normativas que consigan colocar a las enfermeras en aquellos puestos de responsabilidad donde se decidan políticas de salud, y fomentar el liderazgo enfermero para que nuestras profesionales sean piedra angular de la salud de la población.

Queridos/as ciudadanos/as, esta campaña también debe darles voz. Ustedes también deben ser parte activa que reclame una atención enfermera de calidad y apoyar a las enfermeras en su posicionamiento como agentes importantes que influyen en su salud.

En síntesis, las cuestiones que plantea NursingNow son mejorar la salud de la población aumentando el liderazgo enfermero y han de transformarse en desarrollar el papel de la enfermera como miembro de pleno derecho, con mayor participación y posicionamiento en el sistema para dar respuestas innovadoras a los problemas actuales de salud de la población.

Movimiento NursingNow.

Reconozcamos el papel de la enfermera. Pero ahora y siempre.

REFERENCIAS:

1. OMS Año de las Enfermeras y Matronas. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

2. Zabalegui ,A. Del Triple Impacto a Nursing Now. *Enferm Clin.* 2019;29(3):143---145 <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.001>

3. Atenborough,J; Reynolds,L; Nolan, P. The Nurses That Roared: Nurses From History Who

Found Their Voices and Challenged the Status Quo. *Creative Nursing*, Volume 25, Issue 1, 2019

4. Fuentes- Bermúdez Genny-Paola. Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. *Revista Colombiana de Enfermería*, 2019, v. 19, n. 1, e017. <https://doi.org/10.18270/rce.v19i1.2970>

5. Martínez Estalella, G; Zabalegui, A; Sevilla Guerra, S. Gestión y liderazgo de los servicios de enfermería en el plan de emergencia de la pandemia covid-19: la experiencia del Hospital

Clínica de Barcelona. *Enfermería Clínica* (2020) <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>

6. Gancedo Gonzalez, Z. Nursing now: una campaña de todos para todos. *Enferm Clin.* 2020;30(1):1---3. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.009>

7. All-Party Parliamentary Group on Global Health: Triple Impact - How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. Oct 2016. <http://www.appg.globalhealth.org.uk/>

Sección

Desde los Medios. Julio 2020.

Ana María Palacios Romero

Complejo Universitario de Navarra, Pamplona.

am.palacios.romero@navarra.es

Las enfermeras sintonizan con

«La Tirita»

diariosanitario.com

Un grupo de ocho enfermeras del Servicio de Oncohematología del Complejo Hospitalario de Toledo han puesto en marcha el programa “La Tirita”, en la emisora Ondapolígono. Esta iniciativa surge, según palabras de la directora del programa, Carmen Gijón, «para acercar a la población nuestra profesión, para dejar de vernos



Enfermeras a pie de radio

mutuamente como algo lejano y cosificado y volver a sentirnos parte de un todo que busca la misma finalidad, una población sana y unos pacientes y familiares mejor informados».

Además, La Tirita, que se emite todos los miércoles de 10 a 11 horas, quiere «dar voz a profesionales, pacientes y

población sana en un intercambio de conocimientos que humanice y dignifique a cada una de las partes implicadas». La emisión comenzó con un programa sobre la enfermedad por SIDA, al que siguieron temáticas como la vacunación, la esclerosis múltiple y el cáncer.

Cuenta con las siguientes secciones: consejos sanitarios, divulgación científica, información sobre salud a la población y entrevistas a profesionales y pacientes. Las enfermeras que participan en el programa son: Marta Pinillos Rodríguez, Jesús Alejandro Sánchez Iglesias, Ana Belén Molero García, Miguel Ángel Muñoz Arjona, Rocío Solís García, Saray Jiménez Rincón y Silvia Bautista Arias.

La Tirita cuenta con el apoyo del Colegio Oficial de Enfermería de Toledo. Su presidente, Roberto Martín, afirma que «desde que este grupo de enfermeras de Toledo nos presentó el proyecto, y viendo los objetivos y la fuerza e ilusión que tenían en iniciar el programa, no tuvimos la menor duda en respaldarlas. Iniciativas como *La Tirita* son el mejor ejemplo del servicio al usuario que ofrecen las enfermeras y tienen cabida en

el movimiento Nursing Now al que pertenece nuestro Colegio profesional».

Este año, la OMS ha decretado este 2020 como el año de la enfermera y la matrona, y el Colegio de Enfermería se ha sumado al movimiento internacional Nursing Now que tiene como objetivos visibilizar y poner en valor a las enfermeras y potenciar su liderazgo en la toma de decisiones en políticas de salud.

El programa La Tirita: enfermeras a pie de radio se puede escuchar en directo los miércoles de 10 a 11 en Ondapoligono, 107.3 FM, en www.ondapoligono.org, a través de sus redes sociales: Whatsapp (611134044), Twitter (@TiritaLa), Instagram (Latiritaondapoligono), Facebook (Latiritaondapoligono), a través de podcast en Spotify (Lairita@ondapoligono) e Ivoox (Latirita@ondapoligono) y se pueden enviar consultas y aportaciones a través del mail: latiritaondapoligono@gmail.com.

EEUU ha aprobado el primer tratamiento contra el cáncer de pulmón microcítico

niusdiario.es

El cáncer de pulmón microcítico o de célula pequeña es una enfermedad con pocas opciones de tratamiento. La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) ha aprobado Zepzelca™ (lurbinectedina) para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón

microcítico metastásico con progresión de la enfermedad, tras un tratamiento con quimioterapia basado en platino bajo procedimiento acelerado.

El cáncer de pulmón, el de células



pequeñas o microcítico tiene características especiales. Aunque solo representa el 15% de los tumores de este órgano, la mayoría de las veces (alrededor del 70%) se detecta cuando ya se ha extendido, y entonces su supervivencia a cinco años es de en torno al 5%.

"Es genial ver un nuevo agente terapéutico disponible para pacientes con cáncer de pulmón microcítico recurrente. Lurbinectedina es el primer medicamento nuevo aprobado para el tratamiento en segunda línea desde 1996. El cáncer de pulmón microcítico sigue siendo una gran necesidad médica no satisfecha. Muchos de nosotros en la comunidad oncológica le daremos la bienvenida a lurbinectedina como una nueva opción estándar para pacientes con cáncer de pulmón microcítico recurrente", explica Charles Rudin, jefe del Servicio de Oncología Torácica del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Estados Unidos).

La aprobación del fármaco de PharmaMar se basa en los datos de un estudio en monoterapia, abierto, multicéntrico y de un solo brazo de 105 pacientes adultos sensibles a platino y resistentes a platino, con cáncer de pulmón microcítico recurrente. Los datos fueron publicados en la edición de mayo de 2020 de 'The Lancet Oncology'.

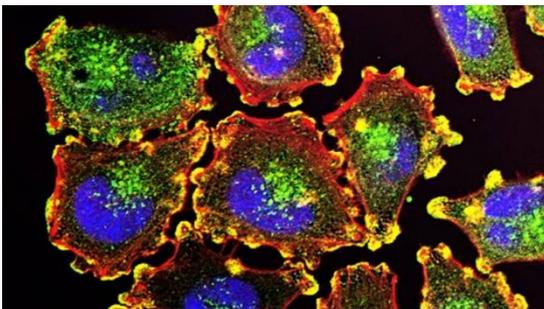
Lurbinectedina se administra mediante una infusión intravenosa (IV) que suministra una dosis de 3,2 mg/m² durante una hora, que se repite cada 21 días hasta la progresión de la enfermedad o una toxicidad inaceptable.

El equipo de Joan Massagué descifra el origen de las metástasis en el cáncer

cadenaser.com

Los científicos del Instituto Sloan Kettering de Nueva York, liderado por el oncólogo español Joan Massagué, han descubierto que la capacidad de los cánceres para hacer metástasis depende de su capacidad para cooptar las vías naturales de reparación de heridas, lo que abre una vía para su posible tratamiento.

El adelanto científico, publicado en la revista Nature Cancer y que ha sido comunicado también por el propio Sloan



Kettering Cancer Center, proporcionan un marco novedoso para pensar sobre la metástasis y cómo tratarla.

De entrada, hay que recordar que la metástasis, que es la propagación del cáncer a otras regiones del cuerpo, es responsable del 90 % de las muertes por cáncer. Sin embargo, no se sabe mucho sobre lo que hace que las células cancerosas sean capaces de hacer metástasis.

Ahora, este estudio de investigadores del Sloan Kettering Institute concluye que las células iniciadoras de metástasis emplean un truco para propagarse: cooptan las capacidades naturales de curación de heridas del cuerpo.

"Ahora entendemos la metástasis como la regeneración del tejido equivocado -el tumor- en el lugar equivocado, los órganos vitales distantes", dice Joan Massagué, director del Instituto Sloan Kettering y el director de la investigación sobre un asunto en el que lleva 30 años investigando.

Anteriormente había indicios de que los cánceres podrían utilizar vías de curación de heridas para apoyar su crecimiento. En la década de 1980, el investigador Harold Dvorak denominó a los tumores "heridas que no sanan". Pero los nuevos hallazgos presentan la primera imagen detallada de cómo funciona este proceso en el nivel de células y moléculas.

Aunque la metástasis es mortal, no es algo que las células cancerosas puedan hacer fácilmente. Para propagarse, las

células cancerosas deben separarse con éxito de sus vecinas, atravesar las capas de tejido que las separan de la circulación, nadar o arrastrarse a una nueva ubicación en el cuerpo a través de la sangre o el líquido linfático, salir de estos vasos, luego echar raíces y comenzar a crecer en la nueva ubicación.

En cada paso de este proceso, la mayoría de las células cancerosas sueltas mueren. Menos del 1 % de todas las células cancerosas que se desprenden de un tumor finalmente formarán metástasis medibles. *"Una vez que las células cancerosas aprenden a sobrevivir al estrés de un ambiente extraño, es muy difícil deshacerse de ellas"*, dice Karuna Ganesh, médico-científica del Programa de Farmacología Molecular de SKI y una de las autoras del artículo. "Son una entidad completamente diferente del tumor en el que comenzaron".

Ganesh y sus colegas querían entender qué permite a algunas células sobrevivir a este viaje estresante. Se centraron en una molécula llamada L1CAM, que estudios previos del laboratorio de Massagué habían demostrado que es necesaria para que numerosos tipos de células cancerosas hagan metástasis con éxito en los órganos.

Los tejidos sanos normales no suelen producir L1CAM, pero los cánceres avanzados sí lo hacen. Lo que desencadena exactamente la L1CAM ha sido hasta ahora un misterio. Al observar los tejidos tumorales humanos con un microscopio, fue claro para los

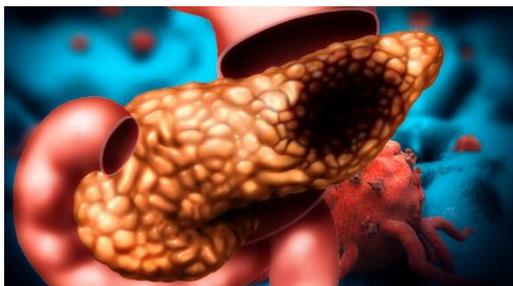
investigadores que dividir las células con L1CAM era más común en áreas donde se rompía una capa epitelial, es decir, herida. Esto llevó a los científicos a preguntarse si se requiere L1CAM para la reparación normal de heridas, como ocurre en el intestino después de la colitis. Usando un modelo de colitis en ratones, descubrieron que, de hecho, este era el caso.

En definitiva, el avance concreto que las metástasis no se derivan de mutaciones genéticas sino por una reprogramación de las células que les permite regenerar creando metástasis.

Una combinación de inmunoterapia y quimioterapia es por primera vez eficaz en pacientes con cáncer de páncreas

vallhebron.com

En los últimos años la inmunoterapia está logrando grandes avances en el tratamiento del cáncer. Sin embargo, en los tumores de páncreas este enfoque hasta ahora no había conseguido demostrar eficacia. El estudio COMBAT ha demostrado resultados prometedores tratando a pacientes con cáncer de páncreas con la combinación de dos estrategias: inmunoterapia y quimioterapia. Estos resultados invitan a creer que la barrera de la inmunoterapia en cáncer de páncreas puede ser superada en un futuro a medio plazo.



La Dra. Teresa Macarulla, oncóloga Médica del Hospital Universitario Vall d'Hebron e investigadora principal del Grupo de Tumores Gastrointestinales y Endocrinos del Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO), que dirige el Dr. Josep Taberero, ha participado de forma muy activa en este estudio, cuyos resultados se publican hoy en la revista *Nature Medicine*. El Dr. Manuel Hidalgo, del Hospital Cornell de Nueva York (Estados Unidos), es quien lo ha dirigido; en España además del Campus Vall d'Hebron en Barcelona, también han participado la Clínica Universitaria de Navarra, en Pamplona, el Hospital Gregorio Marañón, el Hospital La Paz, y el Hospital de Fuenlabrada, estos tres últimos de Madrid.

“Aunque hay que ser cautos porque el estudio incluía un número modesto de pacientes, este es un resultado prometedor que nos permite por fin desarrollar la inmunoterapia para el tratamiento del cáncer de páncreas. Los resultados demuestran que se ha conseguido tanto una tasa de respuesta importante como una duración de esta respuesta mayor de la esperada”, explica la Dra. Macarulla.

En este ensayo multicéntrico en Fase II - COMBAT- se han reclutado pacientes

con cáncer de páncreas que ya habían recibido como mínimo un primer tratamiento de quimioterapia y se mostraban refractarios al mismo. “Otros ensayos de inmunoterapia habían demostrado ser ineficaces en el tratamiento de estos tumores, así que se buscó cambiar la biología del tumor para tener un ambiente más favorable para responder a la inmunoterapia; para ello se combinaron dos estrategias de inmunoterapia con la quimioterapia”, continúa la Dra. Teresa Macarulla.

Para lograr este ambiente más favorable para la acción del sistema inmune, en el ensayo se combinó pembrolizumab –un fármaco que se une a la proteína PD-1, que se encuentra en las células T y cuyo bloqueo ayuda al sistema inmunitario a destruir las células cancerosas– con BL-8040, un antagonista de CXCR4 que promueve la infiltración de las células T en el tumor. Estos dos fármacos combinados ya demostraron cierta actividad, la cual se potenció al añadir el tratamiento de quimioterapia, logrando aumentar la supervivencia general de 3,3 meses a 7,8 meses. “Los datos obtenidos sugieren que el bloqueo de CXCR4 y PD1 puede ampliar el beneficio de la quimioterapia en cáncer de páncreas y justificar la confirmación en un ensayo randomizado posterior”, comenta la Dra. Macarulla, quien añade que el fármaco BL-8040 logró en enero del 2020 la designación como medicamento huérfano por parte de la Agencia Europea del Medicamento, demostrando

la necesidad de nuevas terapias eficaces en esta patología.

A pesar de los esfuerzos dedicados a la investigación en el cáncer de páncreas, existen pocos tratamientos activos para tratar a los enfermos, y hasta el momento ninguno basado en la inmunoterapia había logrado obtener resultados. "Resulta muy importante seguir desarrollando nuevas alternativas de tratamiento, sobre todo si tenemos en cuenta que la incidencia de este tipo de tumor no ha dejado de crecer en los últimos años mientras que no se han logrado desarrollar nuevos tratamientos eficaces. Este estudio abre una puerta que puede resultar muy prometedora en el futuro y que justifica la realización de un ensayo randomizado confirmatorio", concluye la Dra. Teresa Macarulla.

El 5% de los tumores de vejiga se asocian a un contaminante del agua potable

elmundo.es

En el año 2016 se produjeron 134.976 casos de cáncer de vejiga en Europa y de estos, alrededor de 6.500 (el 5%) son atribuibles a los trihalometanos presentes en el agua del grifo. Así lo afirma un macro estudio que analiza por



primera vez los niveles de este contaminante en 26 países de la Unión Europea.

Estos compuestos se generan tras el proceso de desinfección del agua con productos químicos como el cloro, que, al reaccionar con la materia orgánica, originan subproductos como los trihalometanos. "Son sustancias que tienen una determinada toxicidad", cuenta a este periódico Cristina Villanueva, coordinadora del trabajo e investigadora del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), centro impulsado por "la Caixa" y que es el organismo que ha liderado este ambicioso análisis.

Según varios estudios, la exposición a largo plazo aumenta las probabilidades de desarrollar cáncer de vejiga, ya sea por ingesta, inhalación o absorción dérmica. Sus propiedades mutágenas y cancerígenas se han comprobado en experimentos animales. Por esta razón, el límite permitido por el reglamento europeo es de 100 microgramos por litro.

Ninguna de las nacionalidades ha alcanzado tales cifras. "Cumplimos con la ley, el agua es potable y se puede beber", aclara Villanueva. Pero sí se debería intentar mejorar los niveles de algunos casos o al menos reducirlo a la media europea, que se encuentra en 11,7 microgramos por litro. Por encima de este valor se encuentran varios países, entre ellos España (28,8), Chipre (66,2), Malta (49,4), Irlanda (47,3), Grecia

(26,3), Reino Unido (24,2) y Portugal (23,8).

Aparte de analizar los niveles de trihalometanos en el agua municipal europea, el objetivo de la investigación también incluía estimar la carga de cáncer de vejiga atribuible. En total, tal y como recoge el artículo que acaba de publicar la revista 'Environmental Health Perspectives', 6.561 de estos tumores son atribuibles a la exposición a este contaminante en la Unión Europea, lo que supone el 5% de los casos anuales.

España y Reino Unido mostraron el mayor número estimado de casos atribuibles, con 1.482 y 1.356, respectivamente. En otros países con elevados niveles de trihalometanos, los tumores asociados son menores, como en Chipre, con 38. "Esto se explica con la elevada población de los anteriores países y su alta incidencia en cáncer de vejiga", explica la coordinadora del estudio.

"En los últimos 20 años, se han realizado esfuerzos importantes para reducir los niveles de trihalometanos en diversos países de la Unión Europea, incluyendo España. Sin embargo, los niveles actuales en ciertos países aún podrían conducir a una carga considerable de cáncer de vejiga que podría evitarse mediante la optimización del tratamiento del agua, desinfección y prácticas de distribución, entre otras posibles medidas", argumenta Manolis Kogevinas, otro de los investigadores de ISGlobal.

A tenor de los resultados del trabajo, el equipo científico recomienda que los principales esfuerzos para reducir los valores de este contaminante se dirijan a los países con mayores niveles. El estudio predice que si los 13 países con mayor exposición redujeran sus valores a la media europea (11,7 microgramos por litro), los casos atribuibles descenderían un 44%, con 2.868 tumores menos por año. Sin duda, el esfuerzo merecería la pena.

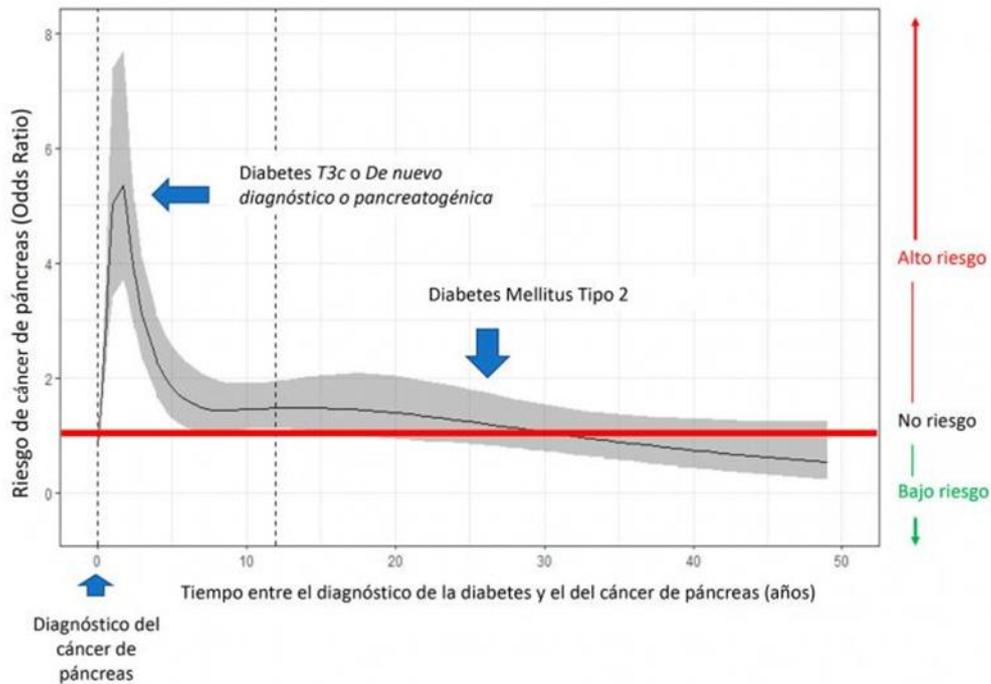
La diabetes tipo 3c es una manifestación temprana del cáncer de páncreas

cnio.es

A medida que las ciencias biomédicas incorporan metodologías y tecnologías cada vez más sofisticadas, mejora nuestro conocimiento sobre las enfermedades. La diabetes es un ejemplo claro, ya que a la clasificación tradicional en diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 se van sumando nuevas clasificaciones basadas en características genéticas y moleculares que mejoran su diagnóstico y tratamiento. El Grupo de Epidemiología Genética y Molecular, liderado por Núria Malats en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), desvela la urgencia de seguir mejorando estas clasificaciones: el equipo publica en la revista Gut los resultados de un estudio caso-control europeo que demuestra que uno de los tipos de diabetes más recientemente identificados, la diabetes tipo 3c o pancreatogénica, también

podría ser una manifestación temprana del cáncer de páncreas.

un 50% de los pacientes con cáncer de páncreas presenta diabetes. Pero un reto



Este tipo tumoral tiene una elevada mortalidad -de en torno al 95%- debido a que, por la ausencia de síntomas en sus primeras fases, suele diagnosticarse demasiado tarde. Por lo tanto, el hallazgo del CNIO implicaría poder avanzar en el diagnóstico temprano de esta enfermedad, ya que permitiría clasificar a los pacientes de diabetes tipo 3c como población con una mayor probabilidad de estar desarrollando un cáncer de páncreas.

Diabetes y cáncer de páncreas están relacionados, ya que este es el órgano encargado de segregar la insulina que en las personas diabéticas no se produce de manera normal: se calcula que en torno a

pendiente de los investigadores es discernir cuál de ellos es la causa del otro y cuál la consecuencia.

Hasta ahora, lo más habitual ha sido estudiar si la diabetes podía causar cáncer de páncreas. “En nuestro equipo le hemos dado la vuelta a la ecuación y, por primera vez, hemos cuestionado si el cáncer de páncreas podría causar la diabetes”, explica Núria Malats, autora principal del trabajo. “Utilizando estrategias innovadoras de análisis epidemiológico y estadístico, comprobamos que el cáncer de páncreas es la causa del desarrollo de diabetes tipo 3c en un 26% de los casos”.

La diabetes tipo 3c, o pancreatogénica, está caracterizada por una inflamación del páncreas que interrumpe la producción de insulina. Se calcula que constituye en torno a un 5-10% de todos los casos de diabetes de los países occidentales, pero a día de hoy hay pocos marcadores específicos para ella, por lo que, a menudo, se diagnostica erróneamente como diabetes tipo 2. Es necesario contar con marcadores más precisos que la identifiquen correctamente; no ya solo para poder suministrar los tratamientos adecuados a los pacientes, sino porque, ahora, el CNIO demuestra que su correcta clasificación también es crucial para el diagnóstico temprano del cáncer de páncreas.

Para llevar a cabo el estudio, el equipo ha empleado información de más de 3.500 personas procedente del PanGenEU, un gran estudio europeo que lidera la propia Malats y en el que participan centros de seis países, entre ellos España, para analizar la relación entre múltiples factores de riesgo y el cáncer de páncreas.

Atajar el cáncer de páncreas con mayor antelación pasa por definir en primer lugar poblaciones de riesgo, que puedan ser monitorizadas para detectar y actuar sobre el tumor en sus primeras fases. *“Usando la información de nuestro estudio, los sistemas de salud podrían identificar a posibles pacientes con cáncer de páncreas que aún no hayan*

sido detectados, si el paciente, además de tener diabetes tipo 3c, presenta determinados factores de riesgo asociados al tumor, como ser obeso o fumador”, afirma Malats. *“Todos esos factores ayudarían a los médicos de cabecera a filtrar mejor a la población que podría beneficiarse de hacer un seguimiento más activo, o de entrar en programas de cribaje. Nuestro descubrimiento se puede trasladar a los Sistemas Nacionales de Salud como un factor a tener en cuenta para la detección temprana del cáncer de páncreas”*.

Los investigadores quisieron comprobar si la diabetes tipo 2 también podría guardar relación con este tumor, pero en este caso el estudio no pudo establecer una causalidad clara. *“Hemos visto que la interrelación entre cáncer de páncreas y diabetes tipo 2 es muy compleja, y que la obesidad también juega un papel. Es necesario seguir investigando para comprender bien cómo se llega al estado metabólico en el que surgen todos estos fenómenos”*.

El trabajo ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias, el Instituto de Salud Carlos III, CIBERONC, la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cáncer, la *European Cooperation in Science and Technology*, la *Associazione Italiana Ricerca sul Cancro*, *Cancer Focus Northern Ireland* y ALF (Suecia).

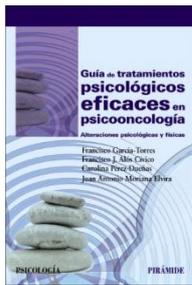
Libros recomendados

Rosario Cumplido Corbacho

Editora Revista SEEO. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

GUÍA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES EN PSICOONCOLOGÍA. Alteraciones psicológicas y físicas

Francisco García Torres, Francisco J. Alós



Editorial: PIRÁMIDE
Año de publicación: 2016
ISBN: 978-84-368-3534-2

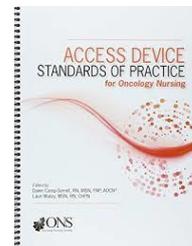
El cáncer continúa siendo un problema de salud a nivel mundial de primer orden a pesar de los avances en los tratamientos

médicos alcanzados en las últimas décadas. Sin embargo, gracias a la mayor efectividad de estos tratamientos, el número de personas que superan la enfermedad ha aumentado de forma considerable, dando lugar a la aparición de todo un cuerpo de práctica clínica y de investigación dirigido a paliar las consecuencias de la enfermedad en los supervivientes al cáncer.

Esta obra es una guía que analiza, de forma rigurosa y crítica, los tratamientos psicológicos eficaces en psicooncología. Expone la eficacia de las diferentes intervenciones psicológicas desarrolladas para aliviar las consecuencias, psicológicas y físicas, que aparecen con mayor frecuencia en los supervivientes al cáncer y desarrolla recomendaciones sobre las intervenciones disponibles que cuenten con un mayor aval empírico para su aplicación terapéutica. Además, la guía incluye descripciones de las intervenciones más relevantes para facilitar su comprensión y aplicación.

Es una obra que puede ser utilizada tanto por profesionales interesados por conocer las técnicas más eficaces en este campo, como por supervivientes y familiares que busquen una mayor información acerca de las consecuencias de la enfermedad y las intervenciones disponibles para paliarlas, y también por cualquier persona que por diferentes motivos tenga interés en el ámbito de la psicooncología. Los autores esperan que esta guía ayude a facilitar el proceso de elección del tratamiento adecuado para aliviar los problemas psicológicos que pueden experimentar los supervivientes al cáncer.

ACCESS DEVICE STANDARDS OF PRACTICE FOR ONCOLOGY NURSING



Mary Magee Gullatte

Editorial: ONCOLOGY
NURSING SOCIETY
Año de publicación: 2014
ISBN: 978-1-935864-31-8

El uso de dispositivos de acceso venoso (DAV) es fundamental para la atención que las enfermeras brindan a los pacientes con cáncer. Las enfermeras de oncología deben basar su práctica en investigación basada en evidencia cuando esté disponible, pero la falta de evidencia ha sido un desafío profesional durante décadas. Con una investigación limitada para guiar la práctica, aún persisten controversias con respecto a la gestión óptima del dispositivo. Desde 1989, la Sociedad de

Enfermería de Oncología (ONS) ha proporcionado pautas para establecer una base para la gestión de dispositivos de acceso venoso. Con este nuevo texto, ONS ha identificado estándares de práctica, desarrollados a partir de una síntesis de evidencia, revisión crítica y análisis de aspectos de la gestión de dispositivos de acceso venoso de los cuales es responsable enfermería.

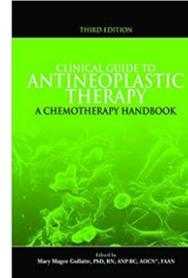
Esta guía revisa las controversias en la atención de dispositivos de acceso, explora la gama de dispositivos disponibles actualmente, detalla las ventajas y desventajas de cada dispositivo para garantizar una selección óptima en función de las necesidades del paciente y discute las ramificaciones legales clave con respecto a los dispositivos de acceso y su gestión.

Con una tecnología de dispositivos de acceso venoso cada vez más compleja, este texto es un recurso esencial para las enfermeras que trabajan en una amplia gama de entornos, proporcionándoles conocimientos para garantizar una atención segura y efectiva de los pacientes con DAV.

Es accesible de forma gratuita en formato pdf en

https://www.ons.org/sites/default/files/2017-11/Access%20Device%20Standards%20of%20Practice%20for%20Oncology%20Nursing%20Sample%20Chapter_0.pdf

CLINICAL GUIDE TO ANTINEOPLASTIC THERAPY: A CHEMOTHERAPY HANDBOOK (Third Edition)



Mary Magee Gullatte
Editorial: ONCOLOGY NURSING SOCIETY
Año de publicación: 2014
ISBN: 978-1-935864-31-8

Estamos ante la tercera edición de una guía con información útil para todo el equipo

multidisciplinar que atiende al paciente con cáncer. Contiene información reciente sobre el uso de antineoplásicos y sobre la atención al paciente.

Se encuentra dividida en 21 capítulos en los cuales podemos adquirir conocimientos sobre los fundamentos de la terapia antineoplásica, los regímenes de uso común para cánceres específicos, ensayos clínicos, beneficios de la quimioterapia, productos botánicos y otras terapias complementarias y alternativas, dispositivos de acceso vascular o manejo de síntomas. Contiene también una guía AZ fácil de usar de más de 150 agentes de quimioterapia, bioterapia y terapia hormonal.

Son nuevos en esta edición los capítulos sobre el proceso del paciente en oncología, el apoyo al paciente y a la familia, los efectos tardíos de la quimioterapia, la ciencia y práctica del trasplante de células madre, las estrategias para mejorar la adherencia del paciente a los regímenes orales, la farmacogenómica y quimioterapia, y la supervivencia.

Noticias Breves

Nieves Gil Gómez

Editora Revista SEEO.

Hospital Quirón Pozuelo, Madrid.

Hayet Rafa, investigadora visitante en el CNIO, trabaja para encontrar dianas terapéuticas para los tumores.

[SINC abril 2020](#)

Mujer, científica y africana, Hayet Rafa es investigadora del departamento de Células y Biología Molecular de la Universidad de Ciencias y Tecnología Houari Boumediene, en Argel. Está trabajando para encontrar dianas terapéuticas y biomarcadores. Lo que se ha descubierto es que una proteína, que es secretada por las células cancerosas del melanoma, está implicada en su progresión. El objetivo es ver si esa proteína tiene un impacto sobre el sistema inmunitario.

Por qué el cáncer afecta más a los hombres que a las mujeres

[SINC enero 2020](#)

Un equipo del Instituto de Salud Global de Barcelona, basándose en datos de 9.000 individuos, ha identificado uno de los principales mecanismos biológicos por los que los hombres tienen más riesgo de padecer cáncer que las mujeres. Se trata de la pérdida de función de ciertos genes del cromosoma Y, presente únicamente en hombres.

La probabilidad de desarrollar cáncer aumenta cuando se pierde la función de seis genes clave del cromosoma Y en varias células.

La inmunoterapia del cáncer, a prueba para el coronavirus

[ÓN abril 2020](#)

Uno de los posibles tratamientos para pacientes con mal pronóstico infectados por el virus Covid-19 es la inmunoterapia del cáncer. Estos innovadores fármacos de inmunoterapia van a probarse en pacientes infectados por el virus Covid-19 en un ensayo que se llevará a cabo en el Hospital Universitario La Paz. Favorecen que sea el propio organismo el que luche y reduzca el tumor dirigiéndose a dianas muy específicas de las células del propio sistema inmune.

La ruta madrileña para los pacientes de CAR-T

[Diario Médico abril 2020](#)

La Comunidad de Madrid ha diseñado una ruta específica para garantizar rapidez y equidad en el acceso a las terapias avanzadas. El primer paso, con todo, ha venido junto a la necesidad de atender a los primeros pacientes con CAR-T en la región. Sólo en la autonomía se han tratado ya 41 pacientes con terapias avanzadas, 9 de ellos procedentes de otras comunidades. “Estamos funcionando con planes de gestión; CAR-T, otro para NC1 y todos los demás”.

Investigadores españoles realizan un descubrimiento que contribuirá a luchar contra el cáncer

[Diario Enfermero marzo 2020](#)

El equipo de investigación de la Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla (IDIVAL), en colaboración con el CNIO, ha publicado un trabajo que recoge la regulación molecular que hace posible que las células de epitelios, como la epidermis de la piel, no mueran frente a agentes carcinógenos continuos como la luz solar. Este estudio tiene «directa aplicación en el cáncer epidermoide, y aportan nuevas vías de pronóstico y de terapia».

El estudio ‘Solid’ indagará cómo afecta la Covid-19 en cáncer de pulmón

[Diario Médico abril 2020](#)

El Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECp) analizará en el estudio Solid a 1.000 pacientes con cáncer de pulmón para conocer si han pasado la infección por coronavirus, si han adquirido anticuerpos, y cuál ha sido su evolución. Esta investigación quiere, además, aumentar el conocimiento sobre el impacto del coronavirus en pacientes con cáncer puesto que hasta la fecha los datos son escasos, especialmente en afectados con cáncer de pulmón, dada su incidencia.

Píldoras.

Rosario Moreno Carmona

Editora Revista SEEO.

Enfermera Gestora de Casos.



Hipercalcemia:

Descripción

La hipercalcemia es la complicación metabólica más frecuente en el paciente con cáncer, apareciendo en el 20-30% de los casos. Hablamos de hipercalcemia cuando se detectan cifras de calcio total superiores a 10,5mg/dl. Entre los tumores que con más frecuencia se asocian a hipercalcemia son : pulmón (27,3%), mama (25,7%), mieloma múltiple (7,3%), cabeza y cuello (6,9%), primario desconocido (4,7%), linfoma/leucemia (4,3%), renal (4,3%)m gastrointestinal (4%).

Etiología

Según su etiopatogenia se clasifica en cuatro formas:

- Hipercalcemia por osteolisis donde hay un incremento de la resorción ósea por parte de los osteoclastos. Este mecanismo se ve implicado en el 20% de las hipercalcemias paraneoplásicas y está más relacionado con algunos tumores como el mieloma múltiple o el cáncer de mama con metastásis óseas extensas.
- Hipercalcemia humoral, responsable en el 80% de las hipercalcemias paraneoplásicas, especialmente relacionadas

- con tumores malignos de origen escamoso, linfomas, cáncer de riñón, ovario o endometrio y cáncer de mama.
- Hipercalcemia por secreción activa de la vitamina D, provoca aumento de la actividad osteoclástica y de la absorción intestinal de calcio.
- Hipercalcemia por secreción de hormona paratiroidea (PTH), siendo excepcional fuera del carcinoma de paratiroides

Síntomas por sistemas:

Neurológico: Astenia, debilidad muscular, hiporreflexia, letargia, apatía, alteraciones en la conducta, estupor, coma.

Renal: Poliuria, polidipsia, insuficiencia renal.

Gastrointestinal: Anorexia, náuseas, vómitos, estreñimiento-íleo paralítico, dolor abdominal.

Los vómitos, náuseas y anorexia, se explican por un aumento del volumen residual gástrico. El íleo, empeora el estado de deshidratación secundario a la hipercalcemia. Todos estos factores contribuyen al dolor abdominal, que a veces es tan intenso que puede simular un abdomen agudo.

Cardiovascular: Los estados de hipercalcemia pueden provocar Hipertensión arterial

Tratamiento

El tratamiento de la hipercalcemia tumoral se basa en el tratamiento de la enfermedad neoplásica de base que ocasiona la hipercalcemia y a la severidad de la misma.

Dependiendo de los valores de calcio sérico, se clasifica en leve o asintomática (calcio < 13 mg/dl), paciente sintomático (calcio 13-15 mg/dl) y pacientes con síntomas graves (calcio > 15 mg/dl).

Es importante asegurar una correcta hidratación, favorecer la movilización, retirar los alimentos ricos en calcio de la dieta y suspender los tratamientos que puedan causar aumento del calcio sérico (diuréticos tiacídicos, AINES y antiH₂), considerar bifosfonatos en caso de metástasis óseas.

Cuidados de enfermería

- Reconocer los signos y síntomas para su temprana detección y la aplicación de medidas efectivas (hidratación oral o endovenosa,
- Monitorizar la diuresis y TA.
- Educar sobre alimentos recomendados mientras haya hipercalcemia.
- Atención integral a paciente y familia para disminuir ansiedad que provoca dicha complicación

Bibliografía:

Mirrakhimov AE. Hypercalcemia of Malignancy: An Update on Pathogenesis and Management. *N Am J Med Sci.* 2015;7(11):483-493. doi:10.4103/1947-2714.170600

Sagi E, Pericay C, Santos C. Complicaciones metabólicas. En: Vicente V, Camps C, Carulla J, Casas AM, González M. Guía de práctica clínica en cuidados continuos. Ed: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2006, p.189-192



enfermería oncológica

www.seeo.org

REVISTA OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA