

AUTORES/AUTHORS:

LAURA BENITO CARRANZA, MARÍA ISABEL RIHUETE GALVE

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la calidad de vida en pacientes con tumores de cabeza y cuello. Toxicidad de la quimio-biorradioterapia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de cabeza y cuello tienen una frecuencia del 5% y están rodeados de cierto estigma ya que su aparición se asocia, en gran medida, con el consumo de tabaco y alcohol. Otros factores de riesgo incluyen las infecciones por virus (Epstein-Barr y papilomavirus), exposición ocupacional, radiaciones, dieta, y susceptibilidad genética.

La elección del tratamiento dependerá de la localización y tamaño del tumor y los efectos secundarios de la quimio-radioterapia van a influir de manera notable en la calidad de vida y en el estado nutricional de los pacientes.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo principal

Analizar la calidad de vida de los enfermos con tumores de cabeza y cuello en tratamiento con quimioradioterapia y/o biorradioterapia.

1.2 Objetivos secundarios

1.2.1 Analizar la toxicidad locoregional producida por los tratamientos de quimioradioterapia y biorradioterapia: mucositis, xerostomía y radiodermatitis.

1.2.2 Recoger información sobre la higiene bucal de los enfermos con tumores de cabeza y cuello durante su tratamiento con quimioradioterapia y biorradioterapia.

1.2.3 Describir las clases de colutorios utilizados por este tipo de pacientes durante su tratamiento.

1.2.4 Verificar los tratamientos empleados en el control de la sintomatología oral.

1.2.5 Valorar la presencia de candidiasis en la cavidad oral.

1.2.6 Analizar el estado nutricional de los pacientes con tumores de cabeza y cuello en tratamiento con quimioradioterapia y biorradioterapia.

1.2.7 Registrar los datos sociodemográficos de los pacientes.

1.2.8 Comprobar el apoyo sociofamiliar de los pacientes con tumores de cabeza y cuello durante el tratamiento con quimioradioterapia y biorradioterapia.

2. MÉTODOS

2.1 Diseño del estudio

Se ha diseñado un estudio prospectivo, descriptivo longitudinal, de asignación no probabilística consecutiva.

2.1.1. Asignación del tamaño muestral

Los sujetos serán asignados de forma prospectiva y consecutiva al estudio desde el comienzo de su tratamiento con quimio-biorradioterapia hasta un mes después, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que se muestran a continuación:

2.1.1.1 Criterios de inclusión

- Presentar patología tumoral de cabeza y cuello: senos paranasales, cavidad nasal, nasofaringe, orofaringe (amígdala, paladar blando y base de la lengua), hipofaringe, laringe (glotis, subglotis y supraglotis), cavidad oral (mucosa oral, encía, paladar duro, lengua móvil y suelo de la boca), labio y glándulas salivares.
- Recibir tratamiento con quimioradioterapia y/o bioradioterapia en el Hospital Universitario de Salamanca.
- Firmar un consentimiento informado en el que autorizan su participación voluntaria en el estudio.
- Pacientes que no presenten dificultades de comprensión.

2.1.1.2 Criterios de exclusión

- No presentar patología tumoral de cabeza y cuello.
- No recibir tratamiento con quimioradioterapia y/o bioradioterapia.
- No firmar un consentimiento informado y por lo tanto, no autorizar su participación en el estudio.
- Pacientes con dificultades de comprensión.

2.1.2 Fuentes y recogida de datos

El ámbito de estudio será la Unidad de Radioterapia del Hospital Universitario de Salamanca.

La recogida y el procesado de datos se realizará mediante el programa estadístico SPSS versión 18.0.

2.1.3 Descripción de las variables

2.1.3.1 Variables a estudio

1. Calidad de vida.
2. Toxicidad locorregional:
 - 2.1 Mucositis.
 - 2.2 Xerostomía.
 - 2.3 Radiodermatitis.
3. Higiene bucal saludable.
4. Control de la sintomatología oral.
5. Presencia de candidiasis.
6. Estado nutricional.
7. Apoyo sociofamiliar.

2.1.3.2 Variables intervinientes

1. Edad.
2. Sexo.
3. Localización del tumor.
4. Tratamiento.
5. Estadio.

2.1.3.3 Instrumentos de evaluación y recogida de datos

- Calidad de vida: se utilizará el Cuestionario validado de la Calidad de Vida de la EORTC QLQ HL 35.

- Mucositis: se utilizará la Escala validada de la OMS y se inspeccionará al paciente.
- Xerostomía: se utilizará una escala no validada diseñada específicamente para este estudio, además se le harán tres preguntas al paciente: ¿Qué hacen para aumentar la salivación?; ¿Cuánto líquido bebe al día?; ¿Qué tipo de bebidas?; y por último inspeccionaremos la cavidad bucal.
- Radiodermitis: se utilizará la Escala validada establecida por el CTCAE versión 3.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events) y se inspeccionará al paciente.
- Higiene bucal saludable: se utilizará un cuestionario no validado realizado por la autora.
- Clases de colutorios: las respuestas se obtendrán de lo que los pacientes hayan respondido en el cuestionario no validado de la higiene bucal saludable realizado por la autora.
- Control de la sintomatología oral: se preguntará a los pacientes qué tratamiento están recibiendo.
- Presencia de candidiasis: se valorará inspeccionando la cavidad bucal al paciente.
- Estado nutricional: se utilizarán tres cuestiones (pérdida de peso, frecuencia de consumo y niveles de actividad) descritas por Carmen Gómez-Candela para obtener de una manera indirecta dicha variable.
- Datos sociodemográficos: se recogerán de la historia clínica del paciente.
- Apoyo sociofamiliar: se utilizará la Escala validada de Valoración Sociofamiliar de Gijón abreviada y modificada (versión de Barcelona).

2.1.3.4 Procedimiento

- o Inicio del tratamiento: Previa consulta a la agenda del Servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, se contactará con cada paciente en dicho servicio donde, una vez explicado dicho estudio y firmado el consentimiento informado, se les facilitará el cuestionario de la calidad de vida de manera heteroadministrada. Los datos sociodemográficos y el tratamiento previo con quimioterapia se obtendrán de la historia clínica del paciente. El estado nutricional se realizará preguntando a cada paciente las 3 cuestiones descritas anteriormente. En esta fase también les preguntaremos directamente por la xerostomía para ver si está presente previo al tratamiento con radioterapia/bioradioterapia.
- o Primera revisión: Valoraremos la toxicidad locorregional (mucositis, xerostomía y radiodermitis) con los cuestionarios descritos. En el caso de la xerostomía se le realizarán al paciente las 3 cuestiones descritas anteriormente. Posteriormente se administrará el cuestionario de la higiene bucal saludable y valoraremos la presencia de candidiasis. Ver en la historia clínica el tratamiento que reciben de radioterapia/bioradioterapia.
- o Segunda revisión: Se seguirá valorando la toxicidad locorregional mediante los cuestionarios anteriormente descritos. Se analizará el apoyo sociofamiliar mediante la escala de Gijón abreviada y modificada y se preguntará a los pacientes qué tratamiento siguen para controlar la sintomatología oral. El tratamiento de radioterapia/bioradioterapia será consultado en la historia clínica.
- o Tercera revisión: Se procederá de la misma forma que en la segunda revisión: se seguirá valorando toxicidad locorregional y candidiasis, y se comprobará en la historia clínica el tratamiento con radioterapia/bioradioterapia.
- o Cuarta revisión (última visita): para finalizar, se valorará la toxicidad locorregional y se les administrará de nuevo el cuestionario de la calidad de vida volviendo a valorar el estado nutricional y verificando el tratamiento de la sintomatología oral.

2.2 METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

2.2.1 Estadística descriptiva

Las variables cuantitativas que siguen una distribución normal son definidas por media y desviación típica.

Para las variables cuantitativas que no siguen esta distribución, se utiliza la mediana en lugar de la media como medida de centralización.

Para evaluar si las variables siguen una distribución normal, se utiliza el test de Kolmogorov-Smirnoff. Las variables cualitativas son definidas por número de casos y porcentajes.

2.2.2 Estadística analítica

Como las puntuaciones del cuestionario de calidad de vida varían entre 0-100 puntos, se realiza una transformación lineal de las escalas y de los ítems para llegar a dicha puntuación siguiendo las indicaciones precisas descritas en el manual QLQ C-30.

Si el resultado del Test de Kolmogorov es ($p > 0.05$), las puntuaciones seguirían una distribución gaussiana, por lo que se utiliza la prueba T para datos apareados.

Si el resultado del Test de Kolmogorov es ($p < 0.05$), las puntuaciones no seguirían una distribución gaussiana, por lo que se utiliza la prueba no paramétrica Test de suma de rangos de Wilcoxon.

Si un resultado del Test de Kolmogorov es ($p < 0.05$), las puntuaciones no seguirían una distribución gaussiana, y el otro resultado es ($p > 0.05$), las puntuaciones seguirían una distribución gaussiana, se utiliza la prueba no paramétrica Test de suma de rangos de Wilcoxon.

Si el resultado del Test de Kolmogorov de las variables dicotómicas es ($p < 0.05$), las puntuaciones no seguirían distribución gaussiana, se utiliza Chi-cuadrado McNemar.

Se comparan las puntuaciones del cuestionario de calidad de vida de todos los pacientes antes y al mes de tratamiento.

Para realizar el análisis de fiabilidad en las escalas del cuestionario de calidad de vida, se utiliza el coeficiente Alpha de Cronbach.

2.2.3 Procesado de datos

El proceso de análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 18.0.

3. RESULTADOS

De una muestra de 23 pacientes, solamente una de ellas fue excluida por fallecimiento durante el estudio, quedando finalmente la muestra constituida por 22 pacientes.

Se han realizado 5 entrevistas con cada paciente (el inicio más cuatro revisiones), un total de 110 intervenciones con las correspondientes valoraciones.

En calidad de vida destacamos aumento del dolor: media pretratamiento de 29.29 y de 67.17 postratamiento. Los problemas al tragar aumentaron: media pretratamiento de 21.21 y de 49.62 postratamiento. En el postratamiento el 100% tomaba analgésicos. En cuanto al suplemento nutricional el 86.4% necesita suplemento postratamiento.

La mucositis de grado IV la presentan un 9.1%.

La xerostomía en la cuarta revisión, el grado III se elevó a un 68.2%.

La radiodermatitis en la cuarta revisión, el grado II lo presentaron un 50% de los pacientes.

El 59.1% de los pacientes presentaron una higiene bucal inadecuada.

La desnutrición aumenta después del tratamiento al 45.46%.

Y el 100% de los pacientes presentaban una situación social buena.

4. DISCUSIÓN

La limitación principal del estudio ha sido el tamaño muestral.

En lo que respecta a la aplicación del cuestionario, se puede realizar de manera autoadministrada pero también de manera heteroadministrada como se ha constatado en varios estudios. Nosotros hemos creído conveniente aplicarlo de forma heteroadministrada en nuestro estudio porque nos parecía una manera más sencilla y cómoda para nuestros pacientes. De esta manera, se favorecía la comunicación con el paciente además de conocer la repercusión de los síntomas y secuelas del tratamiento, facilitando la detección de variaciones en su estado físico y psíquico. Hemos utilizado una versión validada para su uso en español. Nuestros resultados son similares a los de la literatura revisada, aproximadamente el 60% de los pacientes que reciben radioterapia exclusiva y más del 90% de los pacientes con radio y quimioterapia desarrollarán un cuadro de mucositis severa y radiodermatitis. Es necesario concienciarles en una buena higiene bucal para reducir el riesgo de infecciones: candidiasis.

CONCLUSIONES

- La calidad de vida se encuentra alterada al mes de tratamiento.
- Todos presentan toxicidad locorregional.
- Higiene bucal inadecuada.
- Candidiasis a lo largo del tratamiento.
- Más del 50% presenta desnutrición al mes del tratamiento.

Implicaciones para la práctica: sería necesario la realización de una buena educación sanitaria para el paciente y la familia sobre la toxicidad locorregional, la realización de un cribado nutricional y la presencia de un nutricionista para la realización de una adecuada valoración nutricional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. del Barco Morillo E. Epidemiología, historia natural y estadificación de los tumores de cabeza y cuello. Revisiones en cáncer. 2010;24(1):1-8.
2. Cruz Hernández JJ, Rodríguez Sánchez CA, Fonseca Sánchez E, del Barco Morillo E. Cáncer de cabeza y cuello Manuales prácticos. Arán Ediciones; 2007.
3. del Barco Morillo E. Cáncer de cabeza y cuello. Oncología clínica. 5ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012. P.417-45.
4. Kiyomoto D. Head and neck cancer patients treated with chemo-radiotherapy require individualized oncology nutrition. Journal of the American Dietetic Association. 2007;107(3):412-15.
5. Rihuete Galve MI, Rodríguez Rodríguez A. La distorsión sensorial en un paciente con cáncer de cabeza y cuello. Nutrición hospitalaria suplementos. 2011;4(supl.2):42-46.
6. Marín Caro M, Laviano A, Pichard C, Gómez Candela C. Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. Nutrición Hospitalaria. Junio de 2007;22(3):337-50.
7. Dewys WG, Begg C, Lavin PT y cols. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology group. Am J Med 1980; 69:491-497.
8. Arraras JJ, Martínez M, Manterota A, Lafnéz N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. Psicooncología. 1 de Enero de 2004;1(1):87-98.
9. Sherman AC, Simonton S, Adams D, Vural E, Owens B, Hanna E. Assessing quality of life in patients with head and neck cancer: Cross-validation of the european organization for research and treatment of cancer (eortc) quality of life head and neck module (qlq-h&n35). Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1 de Abril de 2000;126(4):459-67.
10. Whale Z, Lyne PA, Papanikolaou P. Pain experience following radical treatment for head and neck cancer. European Journal of Oncology Nursing. Junio de 2001;5(2):112-20.